

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 59

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RÉSULTATS IMMÉDIATS
DE
L'URÉTHROTOMIE INTERNE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 18 Janvier 1907

PAR

Antoine-Mathieu COLOMBANI

Né à Pioggiola (Corse), le 4 Mars 1879

Elève du Service de Santé de la Marine

Examineurs de la Thèse :	{	MM. POUSSON	professeur adj.	Président.
		ARNOZAN	professeur	
		RONDOT	agrégé	
		CHAVANNAZ	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI — PAUL CASSIGNOL

91. — RUE PORTE-DUHAUX — 91

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 59

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RÉSULTATS IMMÉDIATS
DE
L'URÉTHROTOMIE INTERNE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 18 Janvier 1907

PAR

Antoine-Mathieu COLOMBANI

Né à Pioggiola (Corse), le 4 Mars 1879

Élève du Service de Santé de la Marine

Examineurs de la Thèse :

MM. POUSSON	professeur adj.	Président.
ARNOZAN	professeur	} Juges.
RONDOT	agrégé.....	
CHAVANNAZ	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI — PAUL CASSIGNOL

91 — RUE PORTE-DIJEUX — 91

1907

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. MICÉ.....
 DUPUY.....
 FIGUIER.....
 MASSE.....

} Professeurs honoraires.

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle ...	GUILLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
	LANELONGUE.	Matière médicale....	DE NABIAS.
Pathologie et théra-	VERGELY, (en congé)	Médecine expérimen-	FERRÉ.
peutique générales.	MONGOUR, (chargé)	tales.....	
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Clinique ophtalmolo-	BADAL.
Médecine opératoire.	N.	gique.....	
Clinique d'accouche-	LEFOUR.	Clinique des maladies	DENUCÉ.
ments.....		chirurgicales des en-	BOURSIER.
Anatomie pathologi-	COÛNE.	fants.....	
que.....	CANNIEU	Clinique gynécologique	MOUSSOUS.
Anatomie.....		Clinique médicale des	DENIGÈS.
Anatomie générale et	VIAULT.	maladies des enfants	
histologie.....	JOLYET.	Chimie biologique...	SIGALAS.
Physiologie.....	LAYET.	Physique pharmaceu-	LE DANTEC.
Hygiène.....	N.	tique.....	
Médecine légale.....		Pathologie exotique.	
Physique biologique et	BERGONIE.		
électricité médicale			

PROFESSEURS ADJOINTS:

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale.*)

MM. HOBBS.	MM. VERGER.
MONGOUR.	ABADIE.
CABANNES.	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe {	MM. CHAVANNAZ.	Accouchements. {	MM. FIEUX.
	BÉGOUIN.		ANDERODIAS.
	VENOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENTES.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET.
	CAVALIE.	Histoire naturelle.	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	MM. BENECH.	Pharmacie.....	M. BARTHE.
-------------	-------------	----------------	------------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	RONDOT.
Accouchements.....	ANDERODIAS.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Hydrologie et Minéralogie.....	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je n'oublierai jamais les sacrifices longs
et généreux que vous avez faits pour moi.
Je vous offre la première dédicace de mon
modeste travail. Acceptez-la comme faible
témoignage de mon affection et de ma
reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

Que j'unis dans la même affection.

A MON ONCLE A.-F. COLOMBANI

Ce que je suis je vous le dois en partie.

A MON ONCLE J.-F. GIAFFERI

NOTAIRE

A MON ONCLE L. LUIGGI

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MES COUSINS ET A MES COUSINES

A MON AMI

LE DOCTEUR JEAN MAZET

MÉDECIN AIDE-MAJOR DES TROUPES COLONIALES

A MES AMIS

ET A TOUS CEUX QUI M'ONT TÉMOIGNÉ
DE L'AFFECTION

A MES CAMARADES

DU CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES
ET DE LA MARINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUEMIN

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN EN CHEF DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE
SOUS DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. POUSSON

PROFESSEUR ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Arrivé au terme de nos études officielles, si non réelles, car on ne cesse jamais d'étudier dans la vie, nous tenons à remercier ceux qui, jusqu'ici, se sont intéressés à nous et nous ont prodigué leurs leçons et leurs conseils.

A Toulon, MM. les médecins de 1^{re} classe de la marine, Regnault, Pourtal, Bourras et M. le médecin principal Foucault, ont guidé nos premiers pas ; ils ont droit à toute notre reconnaissance.

A Bordeaux, nous avons trouvé des maîtres bienveillants et dévoués en MM. le médecin de 1^{re} classe Béguin et le pharmacien de 1^{re} classe Auché, professeurs à l'école principale du service de santé de la marine.

Dans les hôpitaux de Bordeaux, nous avons eu l'honneur de passer dans les services de MM. les Professeurs Demons, Pitres, Moussous et Badal ; nous sommes heureux d'avoir pu profiter des leçons de ces maîtres éminents.

M. le Dr Calmette, interne des hôpitaux a bien voulu nous communiquer les observations qu'il a prises dans le service de M. le Professeur Pousson ; nous l'en remercions vivement.

M. le Professeur Pousson nous a reçu dans son service avec tant de sollicitude que nous ne savons comment le remercier. Après nous avoir donné le sujet de notre thèse, il veut bien, aujourd'hui, en accepter la présidence. Nous le prions de vouloir bien accepter l'hommage respectueux de notre gratitude.

INTRODUCTION

Les méthodes de traitement employées contre les rétrécissements de l'urèthre sont la dilatation, la divulsion, l'électrolyse, l'urèthrotomie interne et l'urèthrotomie externe.

Les premières sont des méthodes lentes, ne donnant des résultats qu'après un traitement prolongé et par suite ne convenant qu'aux rétrécissements légers ou moyens. L'urèthrotomie externe est une grosse opération de chirurgie, nécessitant outre la chloroformisation une instrumentation assez complète. L'idéal serait donc d'avoir à sa disposition une opération simple, rapide, bénigne et en même temps d'une efficacité incontestable. L'urèthrotomie interne, soit simple, soit à sections multiples, offre les avantages que nous venons d'énumérer. Mais quelques chirurgiens lui font le grave reproche d'être une opération incertaine, parceque le chirurgien n'opère pas à ciel ouvert, et prétendent qu'elle offre de graves inconvénients en particulier des complications comme la fièvre, l'hémorragie, l'infiltration d'urine, l'infection, sans compter que les récidives sont fréquentes.

Durant notre stage dans la clinique des maladies des voies urinaires, nous avons eu l'occasion de voir plusieurs retrécis traités par l'urèthrotomie interne. Nous avons pu remarquer que les *résultats immédiats* qu'elle donnait étaient excellents. Aussi avons-nous pensé que cette méthode de traitement ne méritait peut-être pas tous les reproches qu'on lui avait faits. Nous croyons que les mauvais résultats constatés sont dûs, en grande partie, à la défectuosité de la technique opératoire. Aussi nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de montrer

qu'avec un bon mode opératoire, celui que nous avons vu pratiquer dans le service de M. le Professeur Pousson, cette opération pouvait présenter des avantages incontestables.

Après avoir fait l'historique de la question dans le premier chapitre, pour indiquer les résultats antérieurement obtenus, nous décrirons l'instrumentation dans le second, puis la technique opératoire dans le troisième, en insistant sur quelques temps de l'opération, en particulier sur la mise en place de la sonde à bout coupé. En effet, suivant que cette sonde présentera tel ou tel calibre, les résultats pourront ne pas être les mêmes.

Le chapitre IV est réservé à vingt-quatre observations inédites recueillies, le plus grand nombre, par le Docteur Calmette, interne des hôpitaux; quelques-unes par nous-mêmes dans le service des maladies des voies urinaires à l'hôpital du Tondu.

Dans le cinquième chapitre nous discuterons les résultats obtenus pendant et après l'opération.

Suivront les conclusions qui se dégagent de notre travail et qui montreront que l'uréthrotomie interne est une opération simple, rapide, bénigne se prêtant très peu aux complications.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Jusqu'au xvi^e siècle, contre les coarctations de l'urèthre, on n'employait guère que les bougies et les caustiques. Les résultats que donnaient les premières étaient nuls et la cautérisation faisait plus de mal que de bien. Aussi l'idée d'une opération sanglante devait-elle se présenter à l'esprit, quoiqu'à cette époque on eût assez peur de verser le sang? Ne valait-il pas mieux, en effet, tenter une intervention quelque dangereuse qu'elle fût pourvu qu'elle laissât un peu d'espoir, que vouer le malade à une mort certaine.

Alphonse Ferri (de Naples) fût le premier chirurgien qui, vers 1560, eût recours à une *Algalie* ou à une sonde bien tranchante et bien coupante et l'hémorragie, loin de l'arrêter lui paraissait très utile tant qu'elle ne provenait que de la caroncule elle-même.

En France, elle fût pratiquée par Ambroise Paré en 1570. Un peu plus tard Francisco Diaz l'introduisit en Espagne.

Les cas malheureux durent être nombreux, dûs probablement à l'hémorragie, à l'infection et à l'infiltration d'urine. En effet, cette opération finit par jeter la terreur parmi les médecins et les malades et, en 1603, Théodore Turquet, ayant osé porter l'instrument dans l'urèthre royal de Henri IV, fût jugé comme ignorant et audacieux par la Faculté de médecine de Paris.

Ce jugement contribua, lui aussi, à discréditer la méthode sanglante et à la plonger dans l'oubli. La mode se reporta vers les anciens procédés, la dilatation et la cautérisation.

Pendant deux siècles environ, on n'entend plus parler de l'uréthrotomie interne.

Vers 1795, un Américain, Physick (de Philadelphie) invente deux instruments : l'un droit pour la portion pénienne, l'autre courbe pour la portion bulbeuse de l'urèthre. Un peu plus tard, 1806, John-Bell, en Angleterre, pratique l'uréthrotomie interne avec les instruments de Physick. Un autre Anglais, Arnott a recours à la même opération et, en 1819, invente un appareil avec lequel il peut sectionner le rétrécissement d'arrière en avant. C'était un pas de fait vers le progrès. Cependant, il était souvent difficile de porter l'instrument dans le canal ; on manœuvrait à l'aveugle et on faisait quelquefois fausse route. Un autre Anglais, Mac-Ghie (d'Edinbourg) tourne la difficulté en ayant l'idée de faire précéder par un conducteur, l'instrument de section. En 1827, Stafford présente un autre appareil. Malgré ces perfectionnements, de violentes critiques s'élevèrent contre ces instruments tranchants qui avaient la prétention de guérir, mais qui étaient dangereux et inefficaces.

En Allemagne, malgré la proposition de Doerner (1818) de franchir la coarctation avec une lancette ayant la largeur d'une sonde, l'idée de l'uréthrotomie interne ne prend pas. Sœlmmerring réproouve l'emploi de ces sections internes, ne connaissant aucun exemple constatant l'avantage de cette méthode.

En France, il n'en est pas de même. A cette même époque, un effort sérieux est tenté en faveur de l'uréthrotomie interne.

Amussat, en 1824, imagine un instrument qu'il appelle uréthrotome, destiné à inciser les coarctations d'avant en arrière. Beaucoup d'autres chirurgiens le suivent dans cette voie en inventant chacun son instrument.

Ce sont Guillon, Tanchou, Ricord, Ségalas et Leroy d'Etiolles. Cependant ils sont timides et il leur manque les

règles de l'antisepsie. Ils se contentent de légères scarifications, d'éraillures superficielles et comme tout cela suppure, ils croient arriver par là à la résorption des produits inflammatoires.

Quelquefois, ils obtiennent le succès, mais un succès de courte durée, car la récédive se fait à brève échéance, la scarification ayant été trop superficielle. Du reste, ces succès auraient-ils été de longue durée, ils n'auraient pu dédommager ces chirurgiens des cas malheureux, assez nombreux, dûs à l'infection et à l'infiltration d'urine. C'est ce qui faisait dire à Civiale : « L'incertitude et les dangers de cette méthode justifient la réprobation dont elle a été frappée par tous les praticiens sages et éclairés, malgré quelques succès dûs au hasard » (Civiale, *Traité des maladies des voies urinaires*).

Pour la deuxième fois, l'uréthrotomie interne tombe peu à peu en désuétude. Mais la période d'oubli ne sera pas, cette fois, si longue que la première.

Quelques années plus tard, un médecin de Lyon, Reybard, fit paraître un ouvrage, intitulé : « *Traité pratique des rétrécissements de l'urèthre* ». Pour cet auteur, il fallait abandonner les scarifications superficielles et faire, au niveau du rétrécissement, une incision de 5 à 6 centimètres de longueur, pénétrant jusqu'au tissu cellulaire extérieur exclusivement, incision d'environ 4 millimètres de profondeur; il fallait aussi empêcher la réunion des bords de la plaie, pour les faire cicatriser séparément et obtenir, dans l'intervalle de leur écartement, une cicatrice mince, souple et large. La première condition, il la réalisait en inventant son uréthrotome, et la seconde par l'emploi d'une sonde. Il opéra ainsi, avec succès, quelques rétrécis. Une commission avait été formée pour donner le prix que le marquis d'Argenteuil avait légué à l'auteur du meilleur mémoire sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Reybard concourut et présenta son traité. Cette commission lui décerna le prix. Cette haute récompense fit beaucoup pour l'uréthrotomie interne, beaucoup plus que les résultats eux-mêmes. Ceux-ci, en effet, à part quelques

exceptions, étaient plutôt mauvais. Dans les observations rapportées par Reybard, nous avons constaté, presque toujours, de forts accès de fièvre et, quelquefois, de la fièvre rémittente pernicieuse, du délire et de l'insomnie. La douleur est presque toujours assez violente pendant l'opération et dans la suite; des ecchymoses du périnée, des épanchements de sang dans la vessie et des hémorragies importantes sont assez souvent notées. Comme mortalité, la proportion est de 2/33. L'uréthrotomie interne passe quand même dans la pratique et devient une opération courante.

Maisonneuve s'aperçut que de grandes hémorragies survenaient à la suite de l'uréthrotomie faite avec l'appareil de Reybard, et inventa un instrument qu'il présenta à l'Académie des sciences en 1855. Cet instrument, que nous décrirons plus loin et dont on se sert aujourd'hui encore, est parfait. Cela n'empêchait pas Maisonneuve d'avoir 2 morts sur 36 opérations. En 1869, M. Tillaux fit un relevé de 47 opérations dont 13 morts. Aussi s'écriait-il : « Proportion effrayante, qui devrait faire bannir l'uréthrotomie interne de la chirurgie ».

Voillemier, dans son livre : « Maladies de l'urèthre », dit qu'ayant consulté toutes les statistiques et examiné ses propres observations, il est arrivé à ce résultat que le nombre des morts est à peu près de 1/30.

En 1865, Perrier apporte, à la Société de chirurgie, un total de 163 opérations, pratiquées par divers chirurgiens, et relève 5 cas de mort. Cela ne l'empêche pas de dire que c'est une méthode éminemment perfectible dans ses indications, son instrumentation et les soins qu'elle réclame, et qu'elle doit être préférée à toutes les autres. M. Guyon se montre favorable à cette opération. D'autres, au contraire, s'élèvent contre l'uréthrotomie interne, parce que les premières, qu'ils voient faire, sont suivies de mort. Ce sont Dolbeau, Le Fort et Desprès. Ils ne tiennent pas compte que l'opérateur se servait de l'instrument comme d'un archet pour jouer du violon.

En 1879, Grégory dit ce qui suit : « L'opinion de la plu-

part des chirurgiens de tous les pays, est que l'antique méthode de la dilatation doit rester la méthode générale du traitement des rétrécissements; néanmoins, dans les cas de structure rebelle, on accepte généralement l'uréthrotomie interne ». Cet auteur s'élève contre cette dernière méthode et lui préfère l'uréthrotomie externe. Il rapporte 44 observations d'uréthrotomie interne.

Sur ces 44 opérés, il y a 8 morts.

Sur les 36 qui survivent, il constate 7 hémorragies considérables, 4 infiltrations d'urine et 34 accès de fièvre.

Depuis, grâce aux perfectionnements apportés par des maîtres tels que Guyon, Albarran, Desnos, Maisonneuve, grâce aussi aux progrès de l'antisepsie, l'uréthrotomie interne est parvenue à une telle garantie de réussite que, dans une discussion au sein de la Société de chirurgie de Paris (1887), le plus grand nombre des chirurgiens se prononça en sa faveur. Ce furent MM. Sée, Horteloup, Terrier, Humbert et Guyon.

CHAPITRE II

INSTRUMENTATION

Les instruments dont on se sert pour pratiquer l'uréthrotomie interne, sont nombreux ; les plus employés sont ceux de Maisonneuve, de Civiale, de Desnos et d'Albarran. Nous nous contenterons de décrire sommairement ceux de Desnos et de Maisonneuve. Le dernier suffit lorsqu'on veut pratiquer l'uréthrotomie interne à section unique. Mais si le rétrécissement est trop dur et trop étendu et qu'il faille faire plusieurs incisions, il faut avoir recours à l'appareil de Desnos. Il peut arriver aussi, lorsqu'un rétrécissement étendu est dur et trop serré, qu'on ait recours à l'appareil de Maisonneuve pour une première section et à l'appareil de Desnos pour les autres. C'est ce qu'on appelle l'uréthrotomie combinée.

L'appareil de Maisonneuve est composé de cinq pièces :

- 1° Bougie conductrice filiforme ;
- 2° Une branche métallique courbe et à rainure ;
- 3° Une branche métallique flexible portant le couteau ;
- 4° Une tige métallique munie d'un pas-de-vis ;
- 5° Une sonde à bout coupé.

La bougie filiforme sert à guider le reste de l'instrument et à éviter ainsi les fausses routes. Son talon est armé d'un pas-de-vis qui permet de la fixer soit à la branche métallique courbe, soit à la tige métallique droite.

La branche métallique courbe est creuse et présente sur sa face courbe une rainure occupant toute sa longueur et destinée à laisser passer le couteau. L'extrémité vésicale de cette branche présente un pas-de-vis qui permettra de la relier à la

bougie filiforme ; l'autre extrémité présente un anneau qui servira de point d'appui à la main de l'opérateur.

La branche métallique flexible porte à l'une de ses extrémités une lame triangulaire (le couteau). La base de cette lame est attachée à la branche métallique et glisse dans la rainure de la branche courbe, lorsque l'appareil doit fonctionner. Le sommet est mousse pour ne pas blesser le canal de l'urètre ; les deux autres côtés sont tranchants. Il existe ordinairement trois lames de dimensions différentes et correspondant aux numéros 20, 23 et 26 de la filière Charrière.

Appareil de Desnos. — Les pièces essentielles sont :

1^o Une gaine métallique droite ;

2^o Des boules olivaires.

La gaine métallique est droite, creuse et présente une gouttière longitudinale. Son diamètre correspond au numéro 9 ou 10 de la filière Charrière. Dans cette gaine est cachée une tige mince se terminant par une lame qui est très étroite, puisqu'elle se cache entièrement dans la cannelure. A son extrémité est articulé un petit levier qui peut également disparaître dans la cannelure. L'extrémité externe se termine par un pas-de-vis actionné par un manche. Lorsqu'on tourne celui-ci de gauche à droite, la tige est repoussée contre le cul-de-sac de la cannelure, le petit levier articulé force la lame à faire saillie et cette saillie sera proportionnelle au degré de rotation. Un cadran fixé au manche de l'instrument permet de suivre le développement donné à la lame.

En un point déterminé, là où la lame doit faire saillie, la gaine présente, sur sa face externe, un pas-de-vis destiné à s'articuler avec un pas-de-vis que présentent les boules olivaires.

Les boules olivaires sont au nombre de quatre, de différentes grosseurs. Elles présentent à l'intérieur un pas-de-vis destiné à s'articuler avec celui de la gaine creuse ; elles présentent, aussi, une rainure latérale qui, lorsqu'elles sont vissées à fond, correspond à la rainure de la gaine pour laisser passer la lame.

CHAPITRE III

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

A) *Uréthrotomie à section unique.*

PRÉCAUTIONS PRÉLIMINAIRES. — Dans les trois ou quatre jours qui précèdent, on fait prendre au malade 2 ou 3 grammes d'urotropine pour aseptiser les urines; la veille on le purge et le matin même de l'opération on lui donne de 50 à 75 centigrammes de quinine. On place un coussin sous les fesses pour élever le bassin au-dessus du plan du lit et on désinfecte l'urèthre, les organes génitaux et les parties avoisinantes. Ordinairement, on n'a pas recours à l'anesthésie, mais si le malade est pusillanime et la réclame, on peut se servir de cocaïne, de chloroforme ou de somnoforme.

Premier temps. On introduit la bougie conductrice. Quelquefois, cependant, lorsque le rétrécissement est étroit et difficile à franchir, on l'a introduite la veille et, par précaution ou par peur de ne pouvoir l'introduire une seconde fois, on l'y a laissée. Lorsque la structure n'est pas trop serrée, ni son défilé trop tortueux, l'introduction d'une bougie fine et rectiligne n'est pas trop difficile. Mais, le plus souvent, il en est autrement, et il faut avoir recours à divers expédients. Ce sont : le cathétérisme par bougies tortillées (en baïonnette, en vrille, en tire-bouchon) ; le cathétérisme en faisceau ; le cathétérisme à l'aide d'une bougie filiforme introduite dans

une sonde à bout coupé ; le cathétérisme à l'aide d'une bougie filiforme introduite dans une sonde à œil latéral ; le cathétérisme hydraulique où la pression d'un liquide sert à effacer les irrégularités de l'infundibulum.

Lorsqu'on a réussi à franchir le rétrécissement, on s'assure que la bougie conductrice se meut bien dans le canal de l'urèthre et qu'elle pénètre bien dans la vessie.

Deuxième temps. On visse la branche courbe, qui servira de conducteur à la bougie filiforme. On s'assure que ce temps est bien fait pour ne pas s'exposer à laisser cette dernière dans la vessie. On pousse alors la branche courbe dans le canal de l'urèthre et on l'introduit jusque dans la vessie. Cette pièce de l'appareil est faite de façon à ce que lorsqu'elle est en place, la rainure qui doit guider le couteau regarde la paroi supérieure de l'urèthre. Cela est nécessaire, car, de préférence, le canal doit être incisé sur sa paroi supérieure, peu vasculaire et tendue par les corps caverneux. La paroi inférieure saignerait trop et comme elle est très mince et mal soutenue risquerait d'être incisée jusqu'à la peau.

Une fois introduite jusque dans la vessie, la branche courbe est confiée à un aide qui la tiendra solidement dans une position telle qu'elle fasse, avec le plan rasant les cuisses, un angle d'environ 45 degrés. Cette position est à rechercher toujours pour ne pas couper trop profondément les tissus de la paroi supérieure du canal et léser les plexus veineux abondants ; une hémorrhagie abondante et dangereuse pourrait s'ensuivre.

Troisième temps. On introduit dans la rainure de la branche courbe la tige portant le couteau et on la pousse dans l'urèthre. A ce moment, l'opérateur tend la verge saisie de la main gauche en arrière du gland et pousse le couteau, de la main droite, jusqu'à ce que tous les rétrécissements soient sectionnés. Alors le couteau est retiré. La section doit être pratiquée régulièrement, à l'aller comme au retour, dans la même voie. Il faut se garder de mouvements de va et vient répétés, comme si l'on jouait du violon. La lame du couteau

ne doit pas être trop large et ne pas dépasser les numéros 22 ou 24.

Quatrième temps. On retire du canal et on dévisse la branche courbe qui a servi de conducteur. On la remplace par la tige rectiligne de Maisonneuve qui présente, elle aussi, un pas de vis et qui servira de mandrin. On prend une sonde à bout coupé et on l'introduit dans le canal jusqu'à la vessie en la faisant glisser sur le mandrin et la bougie filiforme. On retire ces derniers.

Cinquième temps. La sonde une fois placée, on la fixe. Les procédés sont nombreux. Nous écarterons ceux qui consistent en un point de suture dans les tissus du gland ou du prépuce. Nous écarterons aussi ceux qui consistent à attacher la sonde aux poils du pubis ou à la paroi abdominale au moyen d'un fil et d'un peu de collodion. Celui qu'on emploie dans le service de M. le professeur Pousson est simple et excellent. Il consiste en l'emploi d'un lien de coton, s'insérant d'un côté autour du sillon balano-préputial, de l'autre autour de la sonde à son point d'affleurement au méat.

Au sujet de la sonde à bout coupé, il est bon de suivre quelques règles.

Il ne faut pas employer une sonde trop grosse. Celle-ci, en effet, pour si bien qu'elle soit construite, ne s'adapte jamais uniformément au canal dans toute son étendue. Elle bouche bien l'urèthre à la partie rétrécie mais non en deçà et au delà. Qu'il survienne une contraction vésicale, que la sonde soit bouchée par du mucus (ce qui peut arriver), l'urine sera chassée entre la sonde et la portion prostatique de l'urèthre et arrivera au niveau de l'ancien rétrécissement où il y a plaie. Alors il pourra se produire ceci : ou bien il y aura simple contact de l'urine qui, si elle est septique, infectera la plaie et causera de la fièvre ; ou bien l'urine forcera la plaie et il y aura alors infiltration urineuse avec son cortège.

En outre, une grosse sonde peut enflammer la plaie et produire une cicatrice rétractile, comme celle de tous les tissus enflammés. Il faudra donc employer une sonde molle, à bout

coupé, de moyenne dimension. Les numéros 16 et 18 sont excellents, lorsqu'on s'est servi d'une lame d'uréthrotome mesurant 22 ou 23.

Il ne faut pas pousser la sonde trop loin dans la vessie. Elle aurait l'inconvénient de l'évacuer incomplètement et d'appuyer quelquefois sur sa paroi ce qui serait douloureux. Bien plus la vessie se contractant pourrait recouvrir les yeux de la sonde et empêcher l'urine de s'écouler. Il faut donc que la sonde fasse à peine saillie dans la vessie sans cependant être exposée à en sortir au moindre mouvement.

On réalise cette condition en attirant doucement la sonde au dehors pendant que l'urine s'échappe, jusqu'au moment où elle cesse de couler. On est alors dans la région prostatique; on enfonce l'instrument, l'urine recommence à s'écouler dès que l'orifice profond de l'urèthre est franchi; à ce moment on enfonce encore la sonde de deux travers de doigt.

La sonde doit être maintenue constamment ouverte dans l'urinoir. De temps en temps on pratique dans son intérieur de petites injections boriquées pour la débarrasser des flocons muqueux qui pourraient l'obstruer. Si l'hémorragie a été peu abondante, si le rétrécissement n'a pas été difficile à sectionner, on l'enlèvera au bout de deux jours.

Dans le cas où le malade ne pourrait pas supporter la sonde, on lui donnera un lavement d'antipyrine.

Lorsque l'opération est terminée, il faut prier le malade de ne pas commettre d'imprudence, comme de se découvrir pour lire le journal, se lever et se sonder lui-même.

B) Uréthrotomie interne à sections multiples.

Nous décrirons les temps qui diffèrent. Ce sont le deuxième et le troisième. Les autres sont en tous points pareils.

Deuxième temps. Avec un jeu d'explorateurs à boule olivaire, on cherche à connaître la lumière du rétrécissement. On visse alors à la gaine métallique de l'instrument de Des-

nos, une boule olivaire pouvant franchir le rétrécissement. On introduit dans le canal une bougie filiforme, conductrice; celle-ci n'est pas indispensable, mais il vaut mieux toujours s'en servir.

Troisième temps. On introduit dans le canal, l'instrument fermé. Dès que le rétrécissement est franchi (on en est averti par un ressaut qu'éprouve la main) on fait saillir la lame en tournant le manche de gauche à droite; on lit sur le cadran le développement que l'on a donné à la lame et on sectionne le rétrécissement en tirant l'appareil au dehors. Une fois la section faite, on rentre la lame et on incline l'instrument du côté où l'on veut faire une deuxième section. Tout se passe comme pour la première section.

C) *Urèthrotomie combinée.*

On intercale le troisième temps du mode opératoire avec l'appareil de Desnos, entre les troisième et quatrième temps de la technique opératoire avec l'instrument de Maisonneuve.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Bertrand M..., quarante-huit ans, entre à l'hôpital le 3 décembre 1905 parce qu'il souffre en urinant.

Antécédents héréditaires. Rien de particulier.

Antécédents personnels. Blennorrhagie à dix-huit ans (écoulement abondant, mictions douloureuses et fréquentes), soignée par des injections de permanganate de potasse, a été guérie au bout d'un an.

Maladie actuelle. — Elle date de longtemps. Cinq ou six ans après sa blennorrhagie, le malade commence à avoir des mictions difficiles et douloureuses; son jet est peu volumineux. Il ne se fait soigner, cependant, qu'une quinzaine d'années après. A cette époque, il a des accidents de rétention aigüe qui le forcent à se faire sonder. Ces accidents se renouvellent trois ou quatre fois et tout rentre dans l'ordre.

Il y a trois semaines, M... vient à la consultation parce qu'il souffre en urinant. On l'examine et l'on trouve un rétrécissement.

Symptômes. — Le malade urine très souvent; quinze fois le jour, trois à quatre fois la nuit; la miction est lente, hésitante, douloureuse et se fait souvent goutte à goutte. Le malade a des besoins impérieux d'uriner; il paraît avoir eu, pendant un certain temps, des mictions par regorgement; il urine difficilement, pousse toujours mais n'est pas obligé de s'accroupir.

Le jet est petit et déformé en tire-bouchon; les dernières gouttes retombent sur le pantalon du malade.

Rien de particulier au scrotum, au cordon et aux testicules.

Exploration du canal. — On trouve, au niveau de l'angle pénoscrotal, un rétrécissement très dur, très serré, admettant à peine une bougie filiforme. Le rétrécissement paraît unique. Pas d'abcès urinaire.

Vessie. — Elle n'est pas sensible; elle est dilatée et forme une tumeur appréciable à l'inspection et par le palper hypogastrique.

Etat général. — Bon.

Opération. — Le 5 décembre, on pratique l'uréthrotomie interne à section unique avec l'appareil de Maisonneuve. Technique opératoire ordinaire. Une sonde à demeure n° 17 est mise facilement.

Le malade accuse peu de douleur.

La perte de sang est nulle.

Suites opératoires. — Les urines cessent d'être colorées par le sang le soir même de l'opération. Le malade ne souffre pas du tout et n'est nullement gêné par la sonde. Celle-ci est enlevée le 7 décembre, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'opération.

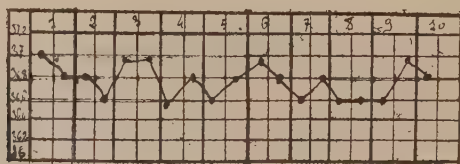
Le malade urine très bien par son canal. Plus de douleur à la miction; plus de besoins impérieux d'uriner; plus besoin de pousser; jet volumineux; mictions espacées.

8 décembre. Le malade se lève. On commence à le dilater. On passe facilement le n° 21.

14 décembre. Le malade sort complètement guéri. Il viendra à la consultation pour qu'on puisse continuer à le dilater.

Il a passé dix jours seulement à l'hôpital.

Le graphique suivant représente la température du malade pendant ces dix jours.



OBSERVATION II.

M... Daniel, vingt-neuf ans, employé de commerce entre à l'hôpital le 6 décembre 1905 parce qu'il urine mal.

Antécédents héréditaires. Rien à signaler.

Antécédents personnels. À dix-huit ans, première blennorrhagie, écoulement abondant, mictions ni fréquentes ni douloureuses, soignée par des injections de permanganate a guéri au bout de deux mois.

A vingt-un ans, deuxième blennorrhagie, écoulement abondant, mictions douloureuses et fréquentes, soignée par du santal a guéri au bout de deux mois.

A vingt-six ans le malade commence à uriner difficilement, il est obligé de pousser pendant toute la durée de la miction qui est peu douloureuse, et d'uriner très souvent, toutes les demi-heures. Les urines sont claires, pas d'hématurie. Il finit par uriner par regorgement, par perdre ses urines goutte à goutte et être continuellement mouillé. On lui propose l'uréthrotomie interne, qu'il refuse ; il accepte la dilatation progressive, obtient la guérison au bout de deux ans, mais peu à peu les mêmes accidents reparaissent.

Actuellement le malade perd ses urines goutte à goutte et est toujours mouillé. S'il lui arrive quelquefois de pouvoir garder ses urines et d'avoir une miction, celle-ci a les caractères suivants : elle est lente et hésitante. Le malade est obligé de pousser tout le temps qu'elle dure. Le jet est petit et filiforme. Pas de douleurs, ni spontanées, ni provoquées.

Exploration du canal. — Elle n'est pas douloureuse et fait connaître au niveau de l'angle péno-scrotal un rétrécissement très dur, très serré, admettant à peine une bougie filiforme.

Vessie. — Elle est dilatée et forme une tumeur globuleuse très appréciable à l'inspection et par le palper hypogastrique.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Opération. — Le 7 septembre on pratique l'uréthrotomie interne à section unique avec l'appareil de Maisonneuve. Technique opératoire ordinaire. Une sonde à demeure n° 18 est mise facilement. L'opération n'est pas très douloureuse, la perte de sang très minime.

Suites opératoires. — La sonde fonctionne bien et ne gêne pas le malade. Elle est enlevée le 9 décembre, quarante-huit heures après l'opération.

10 décembre. Le malade se lève, il ne souffre pas pour uriner et les mictions deviennent de moins en moins fréquentes.

14 décembre. Huit jours après son entrée à l'hôpital le malade en sort guéri. Il ne perd plus ses urines, ne pousse plus pour uriner et son jet est volumineux.

La température a oscillé entre 36,6 et 37,2.

OBSERVATION III

M..., quarante-deux ans, entre à l'hôpital le 11 décembre 1905, parce qu'il urine difficilement.

Antécédents héréditaires. Rien à signaler.

Antécédents personnels. Première blennorrhagie à seize ans; s'est soigné exclusivement au copahu.

L'écoulement a duré un an, à signaler :

1^o Accident de rétention complète aigüe ;

2^o Rupture incomplète de l'urèthre (chaude-pisse cordée) avec douleur violente et hématurie passagère.

Deuxième blennorrhagie à vingt-et-un ans qui a guéri complètement par des injections au bout de cinq à six mois.

Histoire de la maladie actuelle. — Urine difficilement depuis une dizaine d'années. N'a jamais souffert en urinant; n'a pas eu d'accidents de rétention; mais ces derniers temps, surtout, est obligé de pousser et urine goutte à goutte sur son pantalon.

Etat actuel. — Le malade se plaint de pousser pendant toute la miction; celle-ci est impérieuse. Le jet est petit et non déformé quand il existe; le plus souvent le malade urine goutte à goutte.

Besoins d'uriner fréquents.

Pas de douleurs à la miction. Pas d'hématurie, pas de pyurie.

Examen. — Montre un rétrécissement situé dans la région périnéo-bulbaire. Ce rétrécissement est unique, serré et résistant, laissant passer la bougie conductrice de l'urétrhotome.

Rien d'anormal à la prostate.

Vessie non perceptible et non douloureuse.

Opération. — Uréthrotomie interne à section unique faite le 12 décembre. Peu de douleur.

Urotropine et quinine.

Pas d'hémorragie.

Une sonde à bout coupé passe facilement.

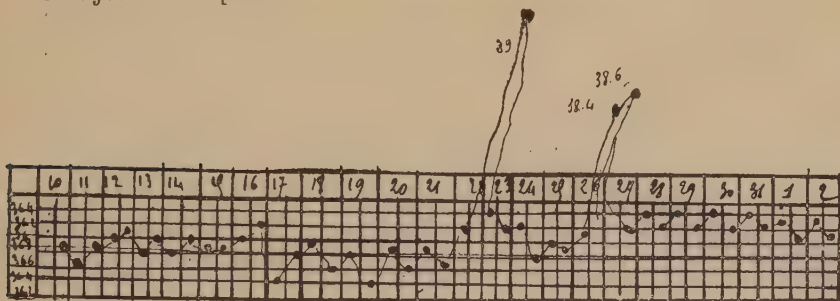
Suites opératoires. — Le malade ne souffre pas; les urines ne restent pas plus de douze heures sanguinolentes. La fièvre est nulle. La sonde à demeure est bien supportée. On l'enlève le 14 décembre quarante-huit heures après l'opération.

Le malade ne pousse plus en urinant; son jet est assez volumineux et non déformé.

Les mictions ne sont pas douloureuses; les besoins d'uriner sont moins fréquents.

18 décembre. Le malade va de mieux en mieux. La fièvre est toujours nulle. On commence à le dilater. Pendant la dilatation il a deux accès de fièvre.

22 décembre. Le malade est complètement guéri après avoir passé onze jours à l'hôpital.



OBSERVATION IV.

L..., quarante-deux ans, publiciste, entre à l'hôpital le 13 décembre 1905.

Antécédents héréditaires. Mère très nerveuse. Père rhumatisant.

Antécédents personnels. Rien à signaler.

Antécédents urinaires. Etant enfant a eu des troubles urinaires. Mictions impérieuses, quelques-unes involontaires la nuit, jet très petit, temps pour uriner assez long.

Blennorrhagie, il y a quinze ans; durée cinq mois. Écoulement peu considérable, mictions normales sans douleur, jamais de rétention.

Début de la maladie. Il y a trois mois, brusque rétention pendant une demi-journée, se terminant d'elle-même, sans laisser de traces, si ce n'est un peu de préoccupation pour le malade qui s'observe beaucoup.

Il y a dix jours, sans avoir fait aucun excès, le malade est pris de grandes difficultés pour uriner; est obligé de pousser pendant tout le temps de la miction qui est douloureuse. Le jet a changé de forme et le malade urine goutte à goutte. Les urines sont épaisses et ont une odeur ammoniacale.

Deux jours après le début de ces accidents, le malade urine du sang. Les urines sont surtout colorées à la fin de la miction; elles laissent déposer un précipité rougeâtre au fond du vase. L... souffre en urinant et dans l'intervalle des mictions. L'hématurie cesse au bout de deux jours sous l'action d'un bain de siège et d'une bouteille de Capvern.

État actuel. Symptômes fonctionnels. Mictions assez fréquentes; toutes les heures le jour; trois ou quatre fois la nuit; elles sont lentes, hésitantes. Le malade pousse tout le temps et prend des positions diverses. La douleur n'est pas trop vive. Le jet est petit. L'urine n'est ni purulente, ni hématurique; quelques filaments.

Signes physiques. Rien à signaler dans l'aspect des organes génito-urinaires.

L'exploration du canal n'est pas douloureuse. L'explorateur olivaire ne peut pas passer; le calibre est très diminué et n'admet qu'une bougie filiforme. Il n'y a qu'un seul rétrécissement, assez dur et assez serré au niveau de la région périnéo-bulbaire.

L'exploration de la vessie n'est pas possible à ce moment là. Rien de particulier à la prostate.

Opération. Le 14 décembre on pratique l'uréthrotomie interne à section unique, avec l'appareil de Maisonneuve. La section du rétrécissement est assez pénible à cause de la dureté, mais pas douloureuse. Le malade, assez émotif, la supporte sans crier et est étonné que l'opération soit finie sitôt. L'écoulement sanguin a été nul.

La sonde à bout coupé est introduite sans aucune difficulté.

Suites opératoires. La sonde à demeure est bien supportée; elle est enlevée deux jours après l'opération.

Le malade nous dit avoir eu une petite hématurie en allant à la selle; nous n'avons pas eu l'occasion de la constater.

L... urine très bien, ne pousse plus, ne souffre plus. Le jet est normal. Les urines sont claires, non purulentes.

Le 22 on dilate le canal qui laisse bien passer une bougie numéro 19.

On explore la vessie : rien à signaler.

Le 23 le malade sort guéri; il reviendra se faire dilater à la consultation.

La température s'est toujours maintenue entre 36,5 et 37,3. Ce dernier chiffre n'a pas été dépassé.

OBSERVATION V

Le M..., quarante et un ans, employé de commerce, entre à l'hôpital le 9 janvier 1906.

Antécédents héréditaires. Rien de spécial.

Antécédents personnels. Blennorrhagie à vingt ans. A subi une uréthrotomie externe à l'hôpital Necker; ne s'est pas dilaté.

Actuellement. — Mictions lentes et fréquentes. Le malade pousse pendant toute la durée de la miction. Pas de douleur ni à la miction ni dans l'intervalle.

Le jet est petit, le plus souvent urine goutte à goutte.

Urines claires et non purulentes.

Examen. — On constate un rétrécissement à la région bulbaire, rétrécissement serré, laissant passer seulement la bougie conductrice de l'uréthrotome de Maisonneuve.

Vessie. — Elle est dilatée et fait saillie à l'hypogastre.

Rien d'anormal au testicule et au scrotum.

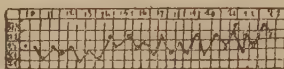
Opération. — On décide l'uréthrotomie interne qui est pratiquée le 10 janvier. Section unique avec l'appareil de Maisonneuve. Sonde à demeure n° 17.

Le malade ne se plaint pas d'avoir trop souffert.

Pas d'hémorragie.

Suites opératoires. — Pas de fièvre (voir graphique). Pas d'infiltration d'urine. La sonde fonctionne bien. On l'enlève deux jours après l'opération.

Le 18 on commence à le dilater. Tout va bien, et le 24, le malade sort guéri : Les mictions se font normalement et sont devenues assez espacées; le jet est devenu normal.



OBSERVATION VI

Jean D..., trente-neuf ans, entre à l'hôpital le 10 janvier 1906.

Antécédents héréditaires. Rien de particulier.

Antécédents personnels. Fièvre typhoïde à sept ans et demi. Blennorrhagie, il y a neuf ans, soignée avec des tisanes; a encore de l'uréthrite chronique.

Début de la maladie. — Il y a deux ans, le malade a commencé à éprouver de la difficulté pour uriner. Il était obligé de pousser. Il urinait en moyenne toutes les demi-heures la nuit comme le jour. Depuis trois mois perd ses urines la nuit et est obligé de mettre un urinal. Il y a cinq ou six jours, le malade a uriné un peu de sang.

Elat actuel. — Mictions fréquentes; toutes les demi-heures pendant le jour; la nuit, il s'endort, perd ses urines et est obligé de se servir d'un urinal. Miction lente; le malade est obligé de pousser constamment et souvent au point de provoquer des envies d'aller à selle. Les mictions ne sont pas toujours douloureuses, elles le sont surtout après le coït.

Le jet est petit, le malade urine sur ses souliers. Les urines ne sont pas troubles.

Signes physiques. — Rien à signaler aux testicules et aux bourses.

Exploration du canal. — On trouve un premier rétrécissement, au niveau de la portion pénienne, laissant passer l'explorateur n° 11. Après ce rétrécissement, l'explorateur éprouve plusieurs ressauts et est arrêté au niveau de la portion bulbaire. Ce dernier rétrécissement est très dur, très serré et ne laisse passer qu'une bougie filiforme.

Vessie. — L'exploration de la vessie n'est pas douloureuse, ni par le palper hypogastrique, ni par le toucher rectal. Elle est dilatée et forme une tumeur globuleuse assez appréciable. Après la mise d'une sonde à demeure, on retire 800 grammes d'urine.

Etat général du malade. — Excellent.

Opération. — On pratique l'uréthrotomie interne avec l'appareil de Maisonneuve (11 janvier 1906). Rien à signaler pendant l'opération. La douleur a été peu vive ; l'écoulement sanguin insignifiant. Une sonde à bout coupé n° 17 a été mise facilement.

Suites opératoires. — La sonde est bien supportée. Les urines sont légèrement sanguinolentes jusqu'au soir du jour de l'opération. La température est de 37,4. Le 12 janvier, tout va bien. Pas de frisson ni de sensation de froid, la température est de 36,8 le matin, 37,2 le soir. Le 13 janvier, rien à signaler. Le 14 janvier, on enlève la sonde; le malade urine bien, ne souffre pas, mais le soir il a une légère élévation de température (38,2). Le jour après, tout revient dans l'ordre et le bon état du malade se prolonge jusqu'au 20 janvier. Ce jour-là, il veut se lever malgré un froid intense. Comme résultat, il a trois accès de fièvre (38,8, 39,4 et 38,4). On a dû retarder ainsi la dilatation. Le 22 janvier, la température retombe à 36,8 pour ne plus dépasser 37,4 les jours suivants.

Le 29 janvier, on pratique la dilatation et l'on passe la bougie n° 22. On ne signale pas de fièvre.

Le 31 janvier, on passe une bougie n° 23. Rien à signaler.

Le 1^{er} février, D... sort guéri ; il vide bien sa vessie, n'a plus besoin de pousser pour uriner et son jet est normal.

OBSERVATION VII

C..., trente-cinq ans, porteur de viandes, entre à l'hôpital sur les conseils de M. le Professeur Pousson.

Antécédents héréditaires. Rien.

Antécédents personnels. A l'âge de treize ans, traumatisme sur la région périnéale, tombe à califourchon sur le dossier d'un banc. Ecchymose périnéale, mais ni métrorragie, ni rétention d'urine.

Jamais de blennorrhagie.

A l'âge de vingt-huit ans, brusque rétention d'urine sans avoir eu, auparavant, des mictions difficiles et fréquentes. Entre à l'hôpital où on le sonde ; sa vessie est vidée. Le lendemain, uréthrotomie interne qui va bien, puis pendant deux mois le malade va à la consultation de M. le Professeur Pousson pour se faire dilater. Passé deux mois, il ne s'est plus dilaté. Une période de sept ans a passé pendant laquelle le malade n'a eu aucun trouble urinaire. Il se passait une bougie tous les trois mois.

Il y a trois semaines, nouvel accès de rétention aigu ; le malade se sonde lui-même ; la vessie est vidée, mais la miction n'est pas redevenue normale.

Le malade souffre pour uriner. Il est obligé de pousser pendant la miction. Le jet est tout petit et le plus souvent le malade perd ses urines goutte à goutte. Sur les conseils de M. le Professeur Pousson, il entre à l'hôpital le 15 janvier 1906.

Examen. — On constate un rétrécissement serré, au niveau de la région bulbaire, ne laissant pas passer la bougie conductrice de l'uréthrotome. On essaye le cathétérisme en faisceau qui ne donne pas meilleur résultat. Une bougie contournée en tire-bouchon arrive à pénétrer dans la vessie. On la laisse à demeure pendant vingt-quatre heures pour faire le chemin à la bougie conductrice de l'uréthrotome qui, le lendemain, pénètre sans difficulté.

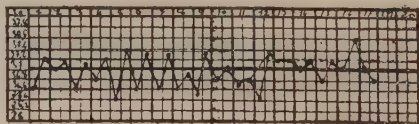
Opération. — L'uréthrotomie interne est faite le 16 janvier. Soins et technique opératoire ordinaires. La douleur n'a pas été trop forte ; l'écoulement sanguin minime. La sonde à bout coupé est mise assez facilement.

Suites opératoires. — Le malade ne souffre pas et supporte bien la sonde. Les urines cessent d'être colorées le soir même de l'opération. La fièvre est nulle.

18 janvier. On enlève la sonde. Le malade n'a pas besoin de pousser pour uriner ; le jet est assez volumineux.

25 janvier. On commence la dilatation qui se fait sans accidents.

31 janvier. Le malade sort complètement guéri.



OBSERVATION VIII

François L..., soixante-dix ans, brossier, entre à l'hôpital le 17 janvier 1906.

Antécédents héréditaires et personnels. Rien de particulier.

Antécédents urinaires. Jamais de blennorrhagie, jamais de traumatisme sur la région périnéale.

Il y a neuf ans, ce malade a commencé par éprouver des difficultés pour uriner; il était obligé de pousser, n'avait plus de jet et urinait goutte à goutte. Il subit l'uréthrotomie interne.

Le malade ne se rappelle plus les suites opératoires. Ce qu'il sait, cependant, c'est qu'il ne s'est pas dilaté comme on le lui avait conseillé et deux ans après, il est repris des mêmes accidents.

Nouvelle uréthrotomie interne en 1899.

L... ne se dilate pas davantage à la suite de cette seconde opération et, sept ans après, il est repris des mêmes accidents pour la troisième fois. Difficulté de la miction et obligation de pousser tout le temps qu'elle dure; le jet disparaît et l'urine tombe goutte à goutte. Le malade ne perd cependant pas ses urines.

A l'inspection, la vessie ne forme pas de tumeur appréciable à l'hypogastre; rien aux testicules, au scrotum et au périnée.

L'explorateur à boule nous dévoile la présence d'un rétrécissement, au niveau de la région bulbaire, laissant passer la bougie conductrice de l'uréthrotome.

Opération. — Le 19 janvier, on pratique l'uréthrotomie interne à section unique, avec l'appareil de Maisonneuve. Technique opératoire et soins ordinaires.

Rien à signaler pendant l'opération. Le malade connaît déjà l'opération et ne demande pas à être endormi. Hémorragie nulle.

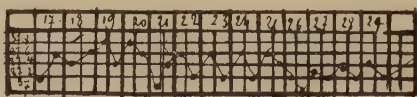
Suites opératoires. — La sonde à demeure ne gêne nullement le malade. La douleur est très supportable. La fièvre est nulle. Les urines cessent d'être sanguinolentes le soir même de l'opération.

21 janvier. On enlève la sonde. Aucun accident à signaler. Ni fièvre, ni douleur aux mictions.

25 janvier. Les mictions sont devenues plus faciles. L'espace de temps qui les sépare est devenu de plus en plus grand. Le jet est assez gros et non déformé. Le malade n'est plus obligé de pousser en urinant.

27 janvier. On commence à le dilater; on passe une bougie n° 21. Rien à signaler, ni douleur, ni fièvre.

29 janvier. L... sort complètement guéri. Il viendra se faire dilater à la consultation.



OBSERVATION IX

P. J. A., soixante-onze ans, entré à l'hôpital du Tondu, le 8 février 1906, parce qu'il urine mal.

Antécédents héréditaires et personnels. Rien d'anormal.

Antécédents urinaires. Le malade a eu, à l'âge de vingt-quatre ans, une blennorrhagie qui a duré quinze jours à l'état aigu; elle s'est transformée en uréthrite chronique qui a duré dix ans.

Depuis cinq ou six ans, il s'est aperçu qu'il avait des difficultés plus grandes pour uriner; il a toujours été lent pour uriner; il mettait, dit-il, beaucoup plus de temps que les autres et son jet était petit. Ces difficultés sont devenues plus grandes depuis quatre ou cinq ans; le malade est obligé de pousser beaucoup, puis peu à peu le jet a complètement disparu. La miction se fait goutte à goutte. Jamais d'incontinence ni de rétention.

Examen. — La vessie ne forme pas de tumeur globuleuse à l'hypogastre; rien aux testicules, au scrotum et au périnée; l'urètre semble induré sur tout son parcours.

L'explorateur n° 16 passe dans le canal, mais nous montre que celui-ci est rétréci et la boule est arrêtée au niveau de l'angle péno-scrotal. Un explorateur très petit arrive à passer et montre que l'urètre est encore plus rétréci dans son parcours périnéo-scrotal.

On décide de pratiquer l'uréthrotomie à sections multiples. Elle est faite le 9 février.

Opération. — La bougie conductrice de l'uréthrotome de Maisonneuve est introduite sans aucune difficulté. D'abord section unique en haut avec l'appareil de Maisonneuve; on introduit ensuite l'appareil de Desnos et on pratique trois autres incisions en bas, à droite et à gauche. La sonde à demeure est passée sans difficulté.

Ces sections multiples n'ont pas été très douloureuses.

Légère hémorragie par le canal.

Précautions ordinaires; quinine et urotropine.

Suites opératoires. — Le malade ne souffre pas; l'hématurie dure deux jours et demi, mais très légère: les urines sont à peine colorées. Elle empêche cependant de retirer la sonde avant trois jours. Celle-ci est bien supportée. La température, [pendant ces trois jours, n'a pas dépassé 37°4.

12 février. On retire la sonde; la température se maintient à 36°7 le matin et à 36°6 le soir, mais dans la nuit, elle monte à 39°8.

13 février. La température est retombée à 37°. Jusqu'à la fin, elle oscillera entre 36°6 et 36°9.

16 février. Le malade se lève. Il ne pousse plus pour uriner; son jet est assez gros et sa miction se fait assez rapidement.

17 février. Le malade sort complètement guéri, après avoir passé huit jours à l'hôpital. Il reviendra à la consultation pour s'y faire dilater.

Graphique de la température du malade pendant son séjour à l'hôpital.



OBSERVATION X

G... Antoine, quarante-huit-ans, peintre, entre à l'hôpital du Tondu, le 16 février 1906.

Antécédents héréditaires. Rien à signaler.

Antécédents personnels. Syphilis ayant déterminé une exostose de l'humérus avec compression radiale et paralysie des extenseurs. Tout cela a cédé au traitement spécifique. Blennorrhagie à quatorze ans, assez grave, causant des douleurs et de légères hémorragies. Au bout de quelques temps, elle passe à l'état chronique. Le malade a toujours eu la goutte matinale.

Il y a dix-huit ans, rupture de l'urèthre survenue pendant le coït. Hématurie à ce moment. Depuis, a toujours souffert un peu et petit à petit son jet a diminué. Maintenant il urine sur ses bottes, pousse beaucoup, mais n'a pas d'incontinence. Il y a trois jours, a eu un accès de rétention aigu ayant duré de sept heures du matin à quatre heures de l'après-midi. Il a fini cependant par uriner lui-même.

Examen. — Le jour de son entrée, le malade est obligé de pousser et n'urine que goutte à goutte.

Rien de particulier au scrotum, aux testicules, et au périnée. La vessie ne forme pas de tumeur à l'hypogastre.

L'explorateur à boule n° 16 est arrêté par un rétrécissement à l'angle peno-scrotal. Il arrive cependant à le franchir, mais deux ou trois centimètres plus loin, en trouve un autre qui l'arrête ainsi que tous les autres explorateurs à boule. La bougie conductrice de l'uréthrotome passe assez facilement.

L'uréthrotomie interne est pratiquée séance tenante.

Technique opératoire. — Ordinaire. Rien à signaler.

Suites opératoires. — Tout se passe normalement. Pas d'écoulement de sang, pas de douleur. Très peu de fièvre. Le malade sort guéri sept jours après l'opération. Il se fera dilater par son médecin.

	16	17	18	19	20	21	22
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							
51							
52							
53							
54							
55							
56							
57							
58							
59							
60							
61							
62							
63							
64							
65							
66							
67							
68							
69							
70							
71							
72							
73							
74							
75							
76							
77							
78							
79							
80							
81							
82							
83							
84							
85							
86							
87							
88							
89							
90							
91							
92							
93							
94							
95							
96							
97							
98							
99							
100							

OBSERVATION XI

F..., cinquante-trois ans, mécanicien, entre à l'hôpital du Tondu le 6 mars 1906.

Antécédents héréditaires. Rien d'anormal.

Antécédents personnels. Blennorrhagie à vingt-un ans, soignée par des tisanes et des injections au permanganate, a guéri au bout de trois mois.

Maladie actuelle. — A débuté il y a trois ans. Depuis ce temps-là, le malade est long à uriner et est obligé de pousser pendant toute la durée de la miction ; son jet est devenu de moins en moins volumineux. Incontinence nocturne depuis trois mois, et depuis huit jours, le malade urine goutte à goutte et perd ses urines nuit et jour.

Les urines ont toujours été claires et limpides.

Jamais d'hématurie. Pas de douleur à la miction.

Examen. — La vessie ne forme pas à l'hypogastre une tumeur perceptible à l'inspection, mais à la palpation on sent qu'elle est dilatée et qu'elle occupe l'excavation pélvienne. Rien à signaler au scrotum et aux testicules. Le gland est irrité par l'incontinence permanente.

Un explorateur à boule n° 18 est arrêté déjà au niveau de la portion balanique. Un explorateur très petit arrive à passer et on trouve un autre rétrécissement assez serré au niveau de la portion pénoscrotale. Tout l'urètre antérieur est rétréci jusqu'à la portion membraneuse. Le rétrécissement n'est pas très serré puisqu'il admet une bougie n° 12.

Devant le rétrécissement de tout l'urètre antérieur, on décide l'uréthrotomie à sections multiples.

Opération. — Technique ordinaire. Le rétrécissement laissant passer la petite boule de l'appareil de Desnos, on fait avec cet appareil :

Une première section en haut,

Une deuxième section à droite,

Une troisième section à gauche,

Une quatrième section en bas.

Une sonde à bout coupé n° 17 est mise facilement. Douleur vive mais de courte durée. Léger écoulement sanguin.

Suites opératoires. — Les urines ont été légèrement sanguinolentes le premier jour. Le malade n'a pas souffert du tout et n'a pas été gêné par la sonde. La température qui était de 37,8 avant l'opération, est tombée à 36,6.

9 Mars. On enlève la sonde sans qu'il se produise, dans la journée, une augmentation de la température.

12 mars. Le malade se lève; il urine assez bien, sans avoir besoin de pousser et sans douleur; le jet est assez gros.

14 mars. P..., est complètement guéri, mais il reste encore quelques jours à l'hôpital pour se faire dilater.

14 mars. Béniqué n° 22 de la filière charrière.

19 mars. Béniqué n° 24.

Le 22 mars, il est complètement guéri.

Nous donnons le graphique de la température du malade pendant son séjour à l'hôpital.



OBSERVATION XII

Saint-A..., trente-neuf ans, cocher, entre à l'hôpital le 26 mars 1906.

Antécédents héréditaires. Rien de particulier.

Antécédents personnels généraux. Rien de particulier.

Antécédents urinaires. Jamais de blennorrhagie.

Histoire de la maladie. — Il y a huit ans, chute sur le rebord anguleux d'une planche; la région périnéale a porté et il en est résulté une rupture de l'urèthre. Uréthrrragie abondante; douleur vive; ecchymose périnéale importante; rétention complète d'urine pendant vingt-quatre heures, puis rétention incomplète, la miction se faisant par regorgement, et incontinence pendant cinq mois.

Le malade subit l'uréthrotomie externe six mois après son accident ; guérison complète mais ne se dilate que d'une façon insuffisante et cinq ans après, il est repris des mêmes accidents.

Modification du jet, mictions difficiles et fréquentes, incontinence d'urine. Urines infectées.

Signes physiques. — Rien d'anormal aux testicules, au scrotum ; un peu d'induration de la queue de l'épididyme. La vessie ne forme pas de tumeur à l'hypogastre.

Examen du canal. — Premier rétrécissement à l'angle peno-scrotal qui laisse passer un explorateur numéro 10.

En arrière de celui-ci, le canal est épaissi, dur et on éprouve quelques ressauts pour arriver à la région bulbaire où l'on trouve un rétrécissement infranchissable pour l'explorateur, n° 8.

En présence de cet épaississement du canal entre deux rétrécissements, on décide l'uréthrotomie interne à sections multiples. La plus petite boule de Desnos ne pouvant pas passer, on est obligé de faire l'uréthrotomie combinée.

Opération. — Section en haut avec appareil de Maisonneuve.

Section à droite avec appareil de Desnos.

Section à gauche » »

Section en bas » »

La sonde à bout coupé est mise sans difficulté.

Peu de douleur. Hémorragie très légère. On retire environ 200 grammes d'urine infectée.

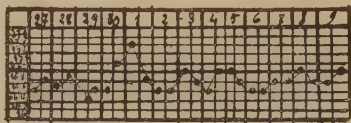
Suites opératoires. — Rien à signaler. Ni fièvre, ni hémorragie, ni douleur.

La sonde à demeure est enlevée quarante-huit heures après l'opération. L'amélioration par l'opération ne se fait pas sentir immédiatement comme d'habitude. Le malade urine encore difficilement, est obligé de pousser, de tirer sur la verge et sur le gland ; il perd ses urines la nuit. La première dilatation se fait sans difficulté quoique le canal soit irrégulier et présente encore de nombreuses strictures valvulaires. Celles-ci rendent les autres dilatations impossibles avec les bougies. On pratique avec difficulté le cathétérisme avec les béniqués et on arrive à passer le n° 48. Les difficultés à la miction persistant toujours, on en conclut

qu'elles sont dues à un phimosis assez serré que présente le malade. On l'opère.

Les difficultés diminuent. On pratique des lavages de la vessie au nitrate d'argent.

Le malade sort complètement guéri vingt-cinq jours après son entrée à l'hôpital.



OBSERVATION XIII

Jean C..., soixante-cinq ans, charpentier, entre à l'hôpital du Tondu, dans le service de M. le Professeur Pousson, le 11 avril 1906.

Antécédents héréditaires. Rien à signaler.

Antécédents personnels. Blennorrhagie à dix-huit ans ; a été traitée avec des tisanes et a duré un mois. Pas d'injections.

A vingt-deux ans, chute sur le périnée ; comme suites, ni hématurie, ni rétention d'urine, ni tuméfaction périnéale.

Il y a deux ans, abcès de la prostate, ouvert dans le canal. Pendant l'évolution de cet abcès, le malade a eu de la rétention d'urine ce qui a nécessité des cathéhérismes qui ont fait saigner le canal. Depuis ce moment, C... éprouve des difficultés pour uriner ; il est obligé de pousser pendant toute la durée de la miction ; son jet est petit ; pas d'incontinence ; urines troubles.

Signes physiques. — Rien de particulier aux testicules, au scrotum et au périnée ; on ne trouve pas d'induration sur le trajet de l'urèthre. La vessie ne forme pas de tumeur globuleuse à l'hypogastre.

L'exploration du canal nous montre un premier rétrécissement au niveau de l'angle péno-scrotal, puis une série de rugosités dans la traversée scrotale, et enfin un deuxième rétrécissement assez dur et serré au niveau de la portion bulbaire. Ce dernier laisse à peine passer la bougie conductrice de l'appareil de Maisonneuve.

En raison des irrégularités et des rugosités du canal, on décide l'uréthrotomie interne combinée.

Opération. — 1^{re} section en haut avec appareil Maissonneuve.

2^e section à droite avec appareil Desnos.

3^e section à gauche avec appareil Desnos.

4^e section en bas avec appareil Desnos.

Rien à signaler si ce n'est le peu de douleur qu'accuse le malade. Très légère hémorragie. La sonde à demeure est mise sans difficulté.

Suites opératoires. — Tout se passe normalement. Pas de douleur, pas d'hémorragie, pas d'infiltration d'urine, pas d'élévation de la température. Le malade sort huit jours après son opération. Il est guéri. La veille de son départ on passe un béniqué n° 43. Le malade a été revu à la consultation où il vient se faire dilater. La guérison se maintient. La température n'a pas dépassé 37,2, sauf le jour de l'enlèvement de la sonde, où elle a atteint 37,8.

OBSERVATION XIV

Jean Gr..., quarante-deux ans, cultivateur. Père et mère morts âgés de cause inconnue. Frères et sœurs bien portant.

Antécédents personnels. N'a eu ni blennorrhagie, ni syphilis. Le 24 septembre, il est tombé sur un pressoir, les jambes écartées et un quart d'heure après a ressenti une douleur violente dans la région périnéale. Il éprouva une difficulté très grande pour uriner. Les urines furent fortement colorées par du sang et cela pendant onze jours. Au bout de ce temps, les urines ont repris leur aspect normal. Peu après l'accident, douze heures environ, la verge et le scrotum prirent une teinte noirâtre peu intense mais qui a persisté pendant plusieurs mois. La douleur a disparu complètement au bout de quinze jours ; mais les difficultés pour uriner ont persisté.

Actuellement les mictions sont longues et fréquentes ; le jet est filiforme et le malade est obligé de pousser pendant qu'il urine. Il rentre à l'hôpital le 2 mai 1906.

Opération. — L'uréthrotomie interne est décidée et faite avec l'appareil de Maissonneuve. Technique opératoire ordinaire.

Une sonde à bout coupé n° 17 est mise sans difficulté.

Le malade ne se plaint pas d'avoir trop souffert. L'écoulement de sang a été léger.

Suites opératoires. — Rien à signaler. La sonde à demeure est bien supportée pendant deux jours au bout desquels elle est enlevée.

Le 5 mai, le malade urine assez bien sans douleur. La fièvre a été nulle. Aussi il se lève pendant deux heures dans la salle.

Le 11 mai, il sort guéri après avoir passé neuf jours à l'hôpital.

Les mictions sont espacées et se font normalement ; il ne pousse plus pendant qu'il urine et le jet est assez gros. -

Il reviendra à la consultation pour se faire dilater.

Pendant les huit jours qui ont suivi son opération la température n'a pas dépassé 37, 5.

OBSERVATION XV

L... Louis, soixante-trois ans, entre à l'hôpital le 10 mai 1906.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. A vingt-sept ans a contracté une blennorrhagie, pour laquelle il est soigné à l'hôpital pendant dix jours. Sorti sans être guéri, il se traite par des injections toutes préparées. L'écoulement diminue. Les douleurs disparaissent, mais il reste une goutte qui passe à l'état chronique. Deux ans après, nouvelle blennorrhagie. Capsules de copahu et lavages à l'eau blanche constituent le traitement. L'état aigu dure environ un mois et n'est pas suivi d'une guérison complète. Il persiste un léger suintement incolore ; parfois une véritable goutte se présente à chaque excès du malade, fatigue, boisson, etc. A plusieurs reprises, de petits bourbillons purulents sont sortis par le canal. Jamais de changement ni dans la quantité, ni dans la qualité des urines.

Cinq ans après, les difficultés de la miction apparaissent ; obligation de pousser, jet moins fort, mictions lentes et fréquentes. Le malade traite ces phénomènes avec des tisanes (stigmates de maïs, asperges), qui n'amènent aucun résultat. Il les abandonne et reste quatorze ans sans aucun traitement.

A ce moment, il va voir un médecin qui lui conseille de se faire passer des bougies. Le numéro 12 passe d'abord, mais, peu à peu, ne

pénètre plus et le malade se décide à rentrer à l'hôpital dans le service de M. le professeur Lanelongue. A son entrée, aucune bougie ne peut passer ; on le met au régime lacté. Un mois après on essaye de nouveau et on arrive à faire pénétrer une bougie filiforme. On dilate progressivement le canal jusqu'au numéro 20.

Le malade sort de l'hôpital après un séjour de deux mois et demi, urinant plus facilement et sans douleur. Il continue à se dilater, toutes les semaines d'abord, avec une bougie numéro 17, puis tous les mois. Mais la difficulté à la pénétration de la bougie apparaît, et de calibre en calibre, le malade en arrive à ne plus pouvoir passer que le numéro 7.

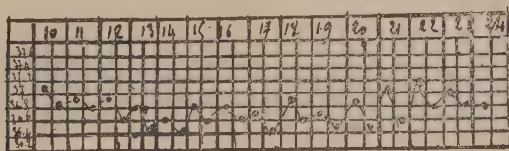
L'état général s'affaiblit, anorexie, insomnie, quelques accès de fièvre après les sondages.

En mars 1906, orchite droite à la suite de cathétérismes répétés et guérie après quinze jours de repos. L'évacuation de la vessie se fait difficilement ; le malade se sonde avec les numéros 7 et 8 ; ses urines sont troubles, avec quelques filaments purulents et des traces de sang. Il entre à l'hôpital du Tondu, le 15 mai 1906, dans le service de M. le professeur Pousson. On décide l'uréthrotomie interne.

Opération. Est faite avec l'appareil de Maisonneuve. Sonde à demeure. Soins ordinaires. Le malade a peu souffert. La perte sanguine a été nulle.

Suites opératoires. Rien à signaler ; on enlève la sonde quarante-huit heures après l'opération ; on fait des lavages de vessie au nitrate d'argent. Le jet redevient normal ; la miction se fait bien ; le malade ne pousse plus. Il sort guéri le 24 mai, quatorze jours après son entrée.

La température a varié entre 36,6 et 37, sans jamais dépasser ce dernier chiffre.



OBSERVATION XVI

Paul D..., trente-sept [ans, pâtissier, entre à l'hôpital du Tondu le 26 mai 1906.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. Pas de maladie pendant l'enfance. A seize ans, le malade contracte une blennorrhagie. Il la soigne par des tisanes, ne se sert pas d'injections. Émission de quelques gouttes de sang à un moment donné. Guérison au bout de quatre mois sans orchite.

Fièvres paludéennes pendant son service militaire. Un peu plus tard, à la suite d'un chaud et froid, pleurésie purulente gauche opérée à l'hôpital militaire de Nemours (Province d'Oran).

En 1896, D... entre à l'hôpital Saint-André pour gonflement du poignet; résections osseuses du cubitus et de trois os du carpe. En 1899, abcès osseux au niveau du poignet déjà opéré. Il lui est fait un curetage.

En 1901, nouvelle blennorrhagie guérissant au bout de cinq mois, sans traitement, si ce n'est quelques tisanes.

Il y a deux ans, le malade a commencé à éprouver de la difficulté pour uriner. Les mictions étaient plus fréquentes et plus longues et D... était obligé de pousser en urinant. Jamais d'accidents de rétention complète des urines. Il entre à l'hôpital du Tondu, dans le service de M. le Professeur Pousson. Le matin même de son entrée, on pratique l'uréthrotomie interne.

Opération. — Technique habituelle avec l'appareil de Maisonneuve. Une sonde à demeure n° 17 est mise facilement. Rien à signaler.

Suites opératoires. — La sonde à demeure est laissée deux jours pendant lesquels on fait des lavages.

28 mai. On enlève la sonde. La température monte légèrement (37,5) dans la soirée. Le malade urine cependant sans douleur et sans difficulté.

29 mai. Légère élévation de la température dans la soirée. On ne sait à quoi l'attribuer, si ce n'est à la constipation opiniâtre. On donne au malade 15 grammes d'huile de ricin.

30 mai. La température est revenue à la normale et se maintient entre 36,4 et 36,9 jusqu'au 7 juin. Pendant cette période, rien à signaler, si ce n'est l'amélioration progressive du malade.

4 juin. On commence à dilater le malade ; le soir, on a un accès de fièvre (38,3).

7 juin. Paul D... est guéri ; il sort de l'hôpital et reviendra à la consultation pour qu'on continue à le dilater.

OBSERVATION XVII

R. L. ., dix-neuf ans, sans profession. Antécédents héréditaires et personnels : rien de particulier.

Antécédents urinaires. Blennorrhagie il y a vingt mois, soignée avec des injections au permanganate de potasse. L'écoulement a persisté depuis ; le malade a une goutte blanchâtre tous les matins en se levant. Cette blennorrhagie s'est accompagnée de rhumatisme au genou et au cou de pied pour lequel il a été soigné à l'hôpital St-André. Ce rhumatisme persiste encore.

L'écoulement continuant, on a pensé qu'il était entretenu par un état spécial du canal et bien que le malade n'éprouve aucune difficulté pour uriner, on explore son urètre. On constate un rétrécissement et c'est pour cela qu'on fait rentrer le malade à l'hôpital du Tondu.

Examen. — Le malade n'éprouve aucune difficulté pour uriner. Son jet est cependant petit et presque filiforme. Rien aux testicules et au scrotum. La vessie ne forme pas de tumeur à l'hypogastre. La pression du canal donne issue à une goutte de pus blanchâtre.

L'explorateur à boule est arrêté au niveau de la portion pénoscro-tale. La bougie conductrice de l'uréthrotome seule peut passer.

Opération. — Le 20 juin on pratique l'uréthrotomie interne à section unique. Le rétrécissement est long et mou ; l'uréthrotome coupe sans difficulté. Hématurie assez abondante pendant l'opération. La douleur n'a pas été bien vive.

Une sonde à bout coupé est mise facilement.

Suites opératoires. — L'hématurie qui a été assez abondante pendant l'opération a cessé dès le soir même. La sonde ne gêne nullement

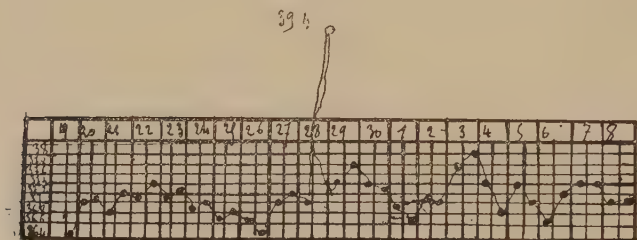
le malade. Elle est enlevée quarante huit heures après l'opération. Rien à signaler ce jour-là, ni du côté de la température, ni du côté de la douleur.

27 juin. Huit jours après son entrée à l'hôpital, le malade est guéri : son écoulement rebelle a cédé en quelques jours aux lavages de l'urèthre; son jet est assez gros et non déformé. La fièvre a toujours été nulle. Quoique guéri, il veut rester encore quelques jours à l'hôpital pour se faire dilater.

28 juin. On passe une bougie n° 18 ; dans la soirée, le malade a un accès de fièvre (39, 3), dans la nuit qui suit tout rentre dans l'ordre.

1^{er} juillet. On passe un béniqué n° 40 sans qu'il en résulte d'inconvénients.

Nous n'avons pas beaucoup insisté sur la température du malade, parce que nous en donnons le graphique.



OBSERVATION XVIII

P. G..., trente-deux ans, remouleur, entré à l'hôpital du Tondu, le 20 juin 1906.

Antécédents personnels et héréditaires. Rien à signaler.

Antécédents urinaires. Blennorrhagie depuis quatre ans, n'ayant jamais guéri mais passée actuellement à l'état chronique avec une goutte matinale. Dans le cours de sa blennorrhagie, le malade a eu une orchite, puis un abcès de la prostate ouvert dans le rectum et enfin une seconde orchite.

Le malade rentre à l'hôpital pour qu'on lui fasse des instillations qui lui guériront son uréthrite chronique.

A l'exploration du canal on découvre un rétrécissement mou et large situé à 4 centimètres du méât ; on pense que c'est ce rétrécissement qui entretient l'écoulement.

On pratique l'urèthrotomie interne à sections multiples (4 aux extrémités des 2 diamètres). Technique opératoire habituelle.

La douleur a été un peu vive, mais de courte durée. L'hémorragie a été nulle. La sonde à bout coupé est mise facilement.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, tout se passe bien. Pas de douleur ; la sonde est bien supportée ; les urines sont légèrement sanguinolentes. Pas de fièvre.

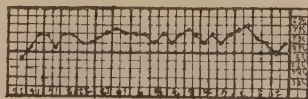
22 juin. Rien à signaler.

23 juin. On enlève la sonde. Le malade urine assez bien sans trop souffrir.

24 juin. On commence à faire de légères injections dans le canal.

27 juin. Le malade est complètement guéri de son écoulement. Son jet et sa miction sont normaux. Il pourrait sortir, mais il préfère rester pour se faire dilater. On passe successivement les bougies 40, 45 et 47. Rien à signaler. Ni hémorragie, ni accès de fièvre.

L'urèthrotomie a bien préparé le terrain pour la dilatation.



OBSERVATION XIX

B. H..., soixante-neuf ans, entre à l'hôpital du Tondu, le 26 juin 1906.

Antécédents héréditaires et personnels. Rien à signaler.

Antécédents urinaires. Entre vingt et vingt-cinq ans, le malade a eu plusieurs écoulements qui ne se sont accompagnés ni d'orchite ni de cystite.

Histoire de la maladie. — Depuis quatre ou cinq ans, le malade était obligé de pousser pour uriner ; son jet était petit, ses mictions assez fréquentes l'obligeaient à se lever trois ou quatre fois dans la nuit. Depuis cinq mois, le malade perd ses urines ; il urine par regorgement.

Il y a cinq jours, à la suite d'un excès de table, le malade a été pris d'un accès de rétention aigu. Il a pu être sondé avec une sonde de petit calibre.

Mardi 26 juin. Le malade ne peut plus uriner malgré ses efforts ; un médecin, en ville, essaye de le sonder, il ne peut y arriver. C'est dans ces conditions que le malade arrive à l'hôpital, n'ayant pas uriné depuis vingt-six heures.

État du 26 juin. Le malade souffre de ne pas pouvoir uriner ; il fait des efforts violents.

La vessie forme une tumeur globuleuse, remontant jusqu'à l'ombilic ; on dirait une grossesse de cinq mois. Le méât présente des signes d'inflammation par l'urine qui coule goutte à goutte.

Un explorateur à boule est arrêté au niveau de la portion bulbaire tout près de la portion membraneuse ; les bougies les plus fines ne peuvent arriver à passer.

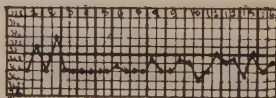
La prostate est molle, volumineuse, les limites en sont diffuses ; elle ne présente cependant pas de bosselures. On ponctionne la vessie ; on retire un litre d'urine. Le lendemain matin, 27 juin, on peut faire passer la bougie conductrice de l'uréthrotome et l'uréthrotomie interne à section unique est pratiquée sans difficulté.

Technique opératoire ordinaire. Perte de sang insignifiante. Douleur peu vive (le malade ne s'est pas plaint).

Suites opératoires. — La sonde à bout coupé est supportée sans douleur. Elle est enlevée quarante-huit heures après l'opération. Le malade urine bien sans souffrir. Les mictions deviennent tous les jours moins fréquentes. On le dilate et on lui fait des lavages réguliers de la vessie au nitrate d'argent.

La température a varié entre 36,6 et 37,4 pendant les quatorze jours que le malade a passé à l'hôpital.

Le 10 mai, B... sort guéri. Il vide bien sa vessie et son jet est assez volumineux.



OBSERVATION XX

J. G..., trente et un ans, tailleur, entre à l'hôpital le 19 juillet 1905 avec le diagnostic de rétrécissement de l'urètre.

Antécédents héréditaires. Rien de particulier.

Antécédents personnels. Rien de spécial. Le malade n'a jamais reçu de traumatisme dans la région périnéale ; il a fait beaucoup de bicyclette, mais n'a jamais éprouvé de douleur violente en montant sur sa machine ; jamais non plus il n'a eu d'hématurie.

Blennorrhagie à l'âge de vingt ans ; elle a duré un an et est guérie complètement.

Maladie actuelle. — Il y a six mois, le malade commence à éprouver des difficultés pour uriner ; il est obligé de pousser pendant toute la durée de la miction ; le jet est petit et à la fin de la miction le malade urine goutte à goutte sur ses bottes.

Le jour du 14 juillet, le malade a un accident de rétention aigu ; il reste douze heures sans uriner. On arrive cependant à le sonder et la miction se rétablit. Le malade cependant rentre à l'hôpital.

Examen. — Le jet est petit, mais sans déformation ; le malade pousse pour uriner ; pas d'incontinence.

La vessie ne forme pas de tumeur à l'hypogastre.

On explore le canal. Opération difficile qui échoue deux fois et fait saigner le canal. La sonde s'arrête au niveau de la portion bulbaire. Le rétrécissement est serré, très difficile à franchir. On arrive cependant, à une troisième reprise, à franchir le rétrécissement et l'uréthrotomie est pratiquée avec l'appareil de Maisonneuve.

Opération. — Elle est faite le 11 juillet. Technique opératoire et soins ordinaires. Rétrécissement très dur et très difficile à sectionner, aussi le malade se plaint-il un peu. L'écoulement de sang a été minime.

Suites opératoires. — Rien à signaler. Ni douleur, ni fièvre, ni hématurie.

23 juillet. On enlève la sonde. Pas de fièvre, la miction est légèrement douloureuse.

25 juillet. Le malade se lève ; il va très bien ; la fièvre est nulle ; le

jet est redevenu gros et non déformé. Le besoin de pousser pendant la miction a disparu.

31 juillet. J. G... sort de l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XXI

P. J..., soixante-deux ans, horloger, rentre à l'hôpital du Tondu le 20 août 1906.

Antécédents héréditaires et personnels. Rien à signaler.

Autécédents urinaires. Blennorrhagie à l'âge de vingt ans; durée trois ou quatre ans; le malade a conservé, pendant longtemps, une goutte le matin.

Histoire de la maladie. — Depuis quatre ou cinq ans, le malade éprouve des difficultés pour uriner; peu à peu les mictions sont devenues fréquentes, le malade se lève trois ou quatre fois la nuit. Le jet a diminué de volume; il est tout petit et en tire-bouchon. Depuis une dizaine de jours, les difficultés sont beaucoup plus grandes, les mictions très fréquentes avec de l'incontinence nocturne.

Etat actuel. — Le malade urine très souvent avec de grandes difficultés.

Signes physiques. — La vessie ne forme pas à l'hypogastre de tumeur globuleuse: rien au périnée, aux testicules et au scrotum.

L'exploration du canal montre un premier obstacle au niveau de la fosse naviculaire; l'explorateur (n° 12) franchit ce premier obstacle, puis il éprouve deux ou trois ressauts et arrive sur un rétrécissement situé à 4 centimètres du méat, rétrécissement qu'il ne peut franchir. Une bougie (n° 9) peut passer, mais très serrée. La bougie conductrice de l'uréthrotome passe sans difficulté.

La prostate ne présente rien de particulier.

Opération. — On pratique l'uréthrotomie interne combinée; première incision en haut avec l'appareil de Maisonneuve, deux autres incisions en bas et à gauche avec l'appareil de Desnos.

Rien à signaler pendant l'opération sauf la dureté du rétrécissement et un peu de douleur. La vessie n'est pas infectée.

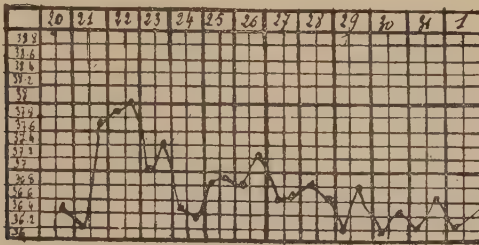
La sonde à demeure est mise sans difficulté.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération, le malade a de la fièvre (37°9 le matin, 38° le soir). Pourtant il ne souffre pas et les urines ne sont pas sanguinolentes.

23 août. On enlève la sonde. La température tombe à 37° pour se maintenir jusqu'à la fin entre 36°7 et 37°2.

Les jours suivants, le mieux s'accroît de plus en plus et le malade sort complètement guéri le 1^{er} septembre.

Plus d'incontinence nocturne. Les mictions sont espacées et faciles. Le jet est gros et non déformé.



OBSERVATION XXII

Jean-Marie C..., quarante ans, zingueur, entre à l'hôpital du Tondu dans le service de M. le Professeur Pousson, le 24 octobre 1906.

Antécédents héréditaires. Rien à signaler.

Antécédents personnels. Blennorrhagie à vingt ans. Soignée au permanganate, a bien guéri au bout de trois mois. Le malade nous dit que vers l'âge de trente ans il commença à éprouver des difficultés pour uriner. Il était obligé de pousser pendant toute la durée des mictions. Celles-ci étaient souvent douloureuses et fréquentes, obligeant C... à se lever trois et cinq fois dans la nuit. Le jet était petit et en tire-bouchon. Au bout de quelque temps, a eu quelques accès de rétention d'urine; il prenait un bain de siège et la miction se faisait aussitôt.

On a essayé quelquefois de le sonder, mais on n'a jamais pu y arriver. A un moment donné, il finit par perdre ses urines et par être constamment mouillé. Il se décida alors à entrer à l'hôpital. Il y a de

cela quatre ans. Il y subit l'uréthrotomie interne. Tout marcha bien et le malade sortit guéri au bout de huit jours. Il oublia de se sonder et ne vint jamais se faire dilater à la consultation. La récurrence ne tarda pas à se produire et il y a deux ans les mêmes difficultés pour uriner reparurent.

Mictions douloureuses et fréquentes ; jet petit se faisant goutte à goutte.

Le 24 octobre, il entre à l'hôpital.

Examen. — Rien au scrotum et aux testicules. La vessie ne paraît pas dilatée.

L'explorateur à boule est arrêté au niveau de la région périnéobulbaire par un rétrécissement très dur et très serré. On réussit à passer avec la bougie conductrice de l'uréthrotome de Maisonneuve.

L'uréthrotomie interne est décidée.

Opération. — Elle est pratiquée le 25 octobre.

Technique opératoire habituelle avec l'appareil de Maisonneuve. On demande au malade s'il veut être endormi. Il répond que ce n'est pas la peine car il sait que la douleur sera de courte durée et peu vive. Le couteau coupe difficilement le rétrécissement qui est très dur.

Peu de douleur. Pas d'hémorragie.

La sonde à bout coupé n° 17 est mise sans aucune difficulté.

Suites opératoires. — Les urines ont cessé d'être sanguinolentes le soir même de l'opération.

La sonde est bien supportée. Elle est enlevée le 27 octobre, quarante-huit heures après l'opération. Tout se passe bien. Le malade se lève le 29 octobre, mais ne sort pas de la salle et se recouche au bout de quatre heures.

3 novembre. C... sort guéri. Il n'a plus besoin de pousser en urinant, le jet est gros et les mictions beaucoup moins fréquentes.

La température a atteint 37°6 une fois seulement, le soir du jour où on a enlevé la sonde. Les autres jours, elle a varié entre 36°8 et 37°4.

Le malade n'a passé que huit jours à l'hôpital.

OBSERVATION XXIII

François M. . . , cinquante ans, journalier, entre à l'hôpital du Tondu parce qu'il urine très mal.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. A vingt-trois ans, échauffement qui aurait duré une quinzaine de jours. Il y a dix ans, comme il urine mal, le malade rentre à l'hôpital Saint-André, salle 11, et y subit l'uréthrotomie interne. Il sort guéri, mais oublie de se dilater. Pendant huit ou neuf ans tout marche bien, mais depuis un an, il recommence à uriner mal.

Mictions fréquentes et peu abondantes, se produisant huit ou dix fois, même pendant la nuit. Mictions douloureuses de temps en temps. Obligation de pousser. — Accès de rétention, il y a huit ou neuf mois ; le malade fut sondé et vida ainsi sa vessie.

Actuellement le jet est mince et un peu déformé, les mictions sont devenues plus impérieuses et plus fréquemment douloureuses.

Frissons tous les soirs depuis quelques jours.

Examen. — Rien au scrotum et aux testicules. La vessie ne forme pas de tumeur globuleuse à l'hypogastre.

L'explorateur à boule n° 13 franchit un premier rétrécissement situé à l'angle péno-scrotal, mais est arrêté par un autre plus serré situé un peu plus loin. Ce dernier est franchi par une bougie n° 9. L'uréthrotomie interne est décidée. Elle est faite le 5 décembre.

Opération. — Technique opératoire ordinaire. On demande au malade (il est un peu nerveux) s'il veut qu'on l'endorme; il répond qu'il a déjà passé par là, et que ce n'est pas la peine. Le couteau sectionne successivement trois rétrécissements assez facilement; un quatrième est plus dur et résiste davantage.

Hémorragie nulle. Douleur un peu vive, mais de courte durée. La sonde à bout coupé n° 18 est mise sans difficulté. Il s'écoule environ 400 grammes d'urine non infectée.

Suites opératoires. — Les urines restent légèrement teintées jusqu'au soir du jour de l'opération. La douleur est nulle. La température est à 37,5.

Le 6 décembre rien à signaler, si ce n'est l'abaissement de la température et la disparition des frissons qui existaient avant l'opération.

Le 7 décembre. On enlève la sonde. Le malade urine bien dans la journée sans souffrir, mais dans la nuit qui suit, le malade qui est un peu nerveux, se figure qu'il ne pourra pas uriner sans sonde, et se sonde lui-même. Trois accès de fièvre s'ensuivent.

Le 8 décembre, 38,8. — Le 9 décembre, 38 le matin ; 38,9 le soir.

Le 10 décembre, la température retombe à 37, pour se maintenir pendant les jours suivants entre 36,6 et 37.

Le 16 décembre. Le malade sort guéri ; il n'a plus besoin de pousser pour uriner, et son jet est assez gros ; ses urines sont claires. Il reviendra se faire dilater à la consultation.

OBSERVATION XXIV

André F. . . , vingt-cinq ans, maçon, entre à l'hôpital de 12 décembre 1906, se plaignant d'incontinence d'urine.

Antécédents héréditaires. Père, cinquante-cinq ans, souffre d'une gastrite d'origine éthylique. Mère morte en couches. Sur six frères, trois sont en bonne santé ; les trois autres sont morts en bas âge.

Antécédents personnels. A l'âge de sept ans, le malade se rappelle très vaguement avoir été obligé de garder le lit, mais il ne sait pour quelle cause.

Jamais de blennorrhagie ni autres maladies.

Il y a trois ans, le malade s'aperçut qu'à la fin de ses mictions, tombaient à la suite de ses urines quelques gouttes de sang. Cette émission de sang s'accompagnait de douleurs vives et brûlantes, mais de courte durée. Peu à peu, le nombre des mictions, normal au début, augmente insensiblement, jusqu'à, six mois après la première apparition de ces courtes hématuries, devenir très fréquent : toutes les demi-heures environ. A ce moment, les hématuries deviennent plus rares et sont remplacées par un écoulement de pus. Cet état reste stationnaire un an environ. Après ce laps de temps, les mictions fréquentes sont insensiblement remplacées par une incontinence d'urine. L'urine laisse au fond du vase un dépôt purulent, et le malade remarque qu'il y a encore hématurie

toutes les fois qu'il se laisse aller à des libations un peu anormales; l'hématurie se produisant trois jours après l'absorption de ces boissons.

Comme traitement, le malade prend du santal, et fait des lavages de vessie au nitrate d'argent pendant six mois. Au bout de ce temps, toute médication est cessée, à part le lait et quelques tisanes. Le malade, muni d'un urinal, continue à travailler.

Au mois de juin dernier, le malade a une orchite qu'il attribue à un effort fait en travaillant, orchite qui dure huit jours et se termine par une forte hématurie.

Tout cela ne modifie en rien son incontinence habituelle.

Etat actuel. — L'inspection des organes génito-urinaires n'offre rien de particulier, sauf l'aspect légèrement œdémâcié de l'extrémité du prépuce. L'exploration du canal uréthral est très difficile et possible seulement avec une bougie très fine. Cette exploration révèle de nombreux rétrécissements tout le long du canal. Le toucher rectal nous offre au doigt, au lieu de la prostate, une cavité en forme de nid. En présence de ces rétrécissements on décide l'uréthrotomie interne.

Opération. — Elle est pratiquée le 13 décembre. Technique opératoire ordinaire. On se sert de l'appareil de Maisonneuve. Les rétrécissements sont très durs et difficiles à couper. Aussi le malade souffre-t-il un peu, mais sans trop se plaindre. L'hémorragie a été un peu plus abondante que d'habitude, sans être cependant inquiétante.

Une sonde à bout coupé est mise facilement.

Suites opératoires. — Rien à signaler du 13 au 16 décembre. Pas de douleur; pas de sang dans les urines. La sonde ne gêne pas et la température n'a pas dépassé 37,2.

16 décembre. La sonde sort d'elle-même avant onze heures et un accès de fièvre s'ensuit : la température monte en effet, à 38,6.

Le soir la fièvre tombe et se maintient entre 36,6 et 37,1 pendant les quatre jours qui suivent.

21 décembre. Nouvel accès de fièvre avec mictions douloureuses et intolérance vésicale. La température qui est montée à 38,6 retombe à 37,2 le lendemain matin. Depuis on pratique des lavages de la vessie tous les matins et la température a oscillé entre 36,6 et 37.

F... sort guéri la 30 décembre.

CHAPITRE V

RÉSULTATS OBTENUS

a) *Accidents opératoires.*

DOULEUR. — La douleur accusée par la plupart de nos malades au moment des différentes manœuvres de l'opération a été modérée. Les malades des observations suivantes (I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, X, XII, XIV, XV, XVI, XVII et XIX) ont déclaré : « Douleur peu vive ».

Quelques-uns ont souffert mais si leur douleur a été un peu vive, elle a été de courte durée. Ce sont les observations nos XI, XIII, XVIII, XX, XXIII et XXIV. Il est vrai aussi de dire que les trois premiers ont subi l'uréthrotomie interne à sections multiples, que les deux qui suivent avaient des rétrécissements très durs et très difficiles à sectionner et que le dernier, enfin, était très nerveux.

Dans tous les cas, jamais la régularité des temps de l'opération n'a été troublée par les mouvements intempestifs qu'exécute tout homme qui souffre.

Aucun des malades de nos observations n'a été endormi au chloroforme; aucun n'a été cocaïnisé. Quelques-uns même qui se faisaient opérer pour la seconde fois, ont refusé le chloroforme, disant que la douleur était insignifiante. C'est le cas des nos XVIII, XXII et XXIII.

Un de nos malades très émotif (no IV), avait une peur intense de beaucoup souffrir. Il s'en est fallu de peu qu'il ne réclame un anesthésique. On l'opère et lorsqu'on lui dit : « Tout est fini », il est tout étonné d'avoir si peu souffert.

On peut donc conclure que la douleur est très modérée en général. Or c'est une très bonne chose qui n'est pas à dédaigner, une opération sans douleur. On n'a pas besoin, en effet, d'avoir recours aux anesthésiques qui peuvent être inutiles comme la cocaïne, dangereux comme le chloroforme.

HÉMORRAGIE. — En consultant nos vingt-quatre observations, nous constatons que l'hémorragie opératoire a été nulle la plupart du temps.

Pour les nos I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, X, XIV, XV, XVI, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, le sang qui s'est écoulé pendant l'opération n'aurait pas rempli un dé à coudre. Si nous consultons les suites opératoires, nous y lisons que les urines restaient légèrement sanguinolentes jusqu'au soir du jour où l'opération avait été faite.

Les malades IX, XI, XII et XIII qui ont subi l'uréthrotomie interne, combinée ou à sections multiples, ont eu de légères hémorragies sans aucune conséquence. La coloration des urines cesse le soir même, sauf pour le n° IX qui a ses urines sanguinolentes pendant deux jours et demi. On en est quitte pour n'enlever la sonde à demeure que trois jours après l'opération.

Les nos XVII et XXIV ont eu une hémorragie assez abondante due probablement aux nombreux rétrécissements pour le n° XXIV, et à la longueur d'un seul rétrécissement pour le n° XVII. D'ailleurs, ces hémorragies n'ont pas eu de conséquences fâcheuses et la perte de sang a cessé quelques heures après l'opération.

Somme toute, l'hémorragie n'est pas un accident à craindre dans l'uréthrotomie interne.

Une raison d'ordre anatomique explique ce que montre la clinique.

En effet, la notable épaisseur des tissus qui séparent la paroi supérieure de l'urèthre des vaisseaux veineux constituant le plexus de santorini, empêche que ceux-ci soient atteints par la lame de l'appareil de Maisonneuve, à moins que l'incision ne soit trop profonde. Or une incision profonde

est évitée en se servant d'un couteau n° 20 ou 23, et en ne baissant pas trop la verge, au moment de l'opération, mais en lui faisant faire un angle de 45° avec les cuisses.

b) Complications post-opératoires.

FIÈVRE. — D'après les courbes thermographiques de nos malades, nous pouvons constater que 17 fois sur 24, il n'y a pas eu d'élévation de la température. Celle-ci, en effet, a oscillé entre 36.5 et 37.4.

Il est même arrivé que des rétrécis ayant la fièvre avant l'opération, n'en avaient plus après. Tel est le cas du malade qui fait l'objet de l'observation XXIII; huit jours avant son entrée à l'hôpital, il avait des frissons tous les soirs et le jour avant l'opération le thermomètre marquait 38.5. Quant au malade dont l'histoire est racontée dans l'observation XV, il avait eu de la fièvre, de l'insomnie et de l'anorexie pendant longtemps.

Chez sept de nos malades, nous avons constaté quelques accès de fièvre.

Le n° 6 a présenté une élévation de la température (38.2), le jour où on a enlevé la sonde. Cet accès a été unique et de courte durée; mais le malade, quelques jours après, a commis une grave imprudence en se levant par un froid intense; aussi la température s'élève de nouveau et cette fois-ci pendant un jour et demi (38.8, 39.4 et 38.4).

Le malade de l'observation IX a un accès de fièvre de courte durée (39.8) le jour où on enlève la sonde; le lendemain et jours suivants le thermomètre marque une température normale.

Le n° 16 présente un peu de fièvre (38.3), deux jours après qu'on a enlevé la sonde. Pourtant il ne souffre pas; on pense que la cause en est une constipation opiniâtre. On le purge avec 15 grammes d'huile de ricin qui ont raison de la constipation et de la fièvre.

Le malade qui fait l'objet de l'observation XVII n'a pas eu de fièvre jusqu'à sa guérison. A ce moment, on commence à le dilater et la température monte une seule fois à 39.4.

P..., observation XXI, a deux légères élévations de la température (37.8 et 38) le jour après l'opération. Tout va bien pourtant, et le lendemain, jour où on enlève la sonde, la température revient à la normale.

Chez un autre malade n° 23, il n'y a pas de température le jour où on enlève la sonde, mais cet homme qui est nerveux a peur de ne pouvoir uriner sans sonde et se sonde lui-même. Consécutivement, il présente trois accès de fièvre (39.8, 38 et 38.9). Heureusement tout rentre dans l'ordre au bout d'un jour et demi. Enfin, le dernier malade qui a présenté de la fièvre, le n° 24, a vu sa sonde sortir d'elle-même (ou enlevée par lui); le fait est que la température est montée à 38,6. Cet accès a été de courte durée; cinq jours après, le même malade présente des symptômes légers de cystite avec une température s'élevant à 38.6. Le lendemain matin, on commence des lavages de la vessie et la fièvre disparaît pour ne plus revenir.

Deces données cliniques, il résulte donc que la grande majorité des opérés n'ont jamais de fièvre; qu'un petit nombre seulement a de un à deux accès, de courte durée, pas très forts et sans conséquence aucune. Encore faut-il ajouter que souvent ces accès sont dus à une imprudence du malade ou à une cause étrangère à l'opération elle-même.

INFILTRATION D'URINE. Aucune de nos observations ne fait mention de l'infiltration d'urine. Ce n'est donc pas la peine d'insister sur un accident qui ne doit plus se produire grâce à une opération bien faite et à une sonde bien mise.

INFECTION. — Nos observations n'en parlent pas plus que de l'infiltration d'urine. Il ne faut pas lui attribuer, en effet, les quelques accès de fièvre qu'ont eu quelques-uns de nos malades. Jamais on n'a constaté d'abcès ni d'écoulement.

DOULEUR. — Chez tous nos malades, sauf quatre, la douleur a toujours été nulle après l'opération, soit les deux pre-

miers jours, c'est-à-dire, lorsque la sonde était dans le canal, soit après avoir enlevé cette sonde.

Le numéro huit a souffert très légèrement tant que la sonde est restée dans le canal.

Les malades qui font l'objet des observations XVIII et XX, ont eu leurs mictions légèrement douloureuses pendant les quelques heures qui ont suivi le moment où on a enlevé la sonde.

Enfin, le numéro vingt-quatre, a eu des mictions douloureuses et de l'intolérance vésicale huit jours après l'opération. Il ne faut pas oublier cependant que ce malade avait de la cystite avant l'opération.

HÉMORRAGIE. — Il ne s'est jamais produit une hémorragie assez grave chez nos vingt-quatre opérés, après l'uréthrotomie interne. Chez presque tous, les urines ont cessé d'être légèrement sanguinolentes le soir même de l'opération.

Le numéro neuf a eu une légère hématurie qui a duré deux jours et demi ; cette hématurie était très légère et les urines étaient à peine colorées.

Le numéro quatre prétend avoir eu une hématurie assez abondante en allant à la selle. Nous n'avons pas pu constater le fait. En tout cas, il ne s'est plus reproduit.

c) *Durée du traitement,*

La durée moyenne du traitement a été pour nos vingt-quatre malades, de huit à douze jours. La guérison cependant, a presque toujours été obtenue au bout de trois à quatre jours, mais on ne pouvait pas permettre aux malades de sortir de l'hôpital avant la cicatrisation complète de l'urèthre.

Cinq de nos malades sont sortis guéris au bout de huit jours ; quatre, au bout de neuf jours et cinq au bout de douze jours. Quelques-uns même de ces cinq derniers avaient commencé à se faire dilater.

Huit opérés, quoique guéris au bout de huit jours, sont restés plus longtemps, entre quinze et vingt jours, pour se faire dilater.

Le numéro douze a passé vingt-cinq jours à l'hôpital, parcequ'il avait un phimosis et qu'il a voulu s'en débarrasser.

Enfin le malade qui fait l'objet de l'observation XXIV, est resté dix-huit jours pour qu'on puisse lui faire des lavages de sa vessie.

Donc, le médecin pourra assurer aux rétrécis qui viennent à sa consultation, qu'ils pourront être guéris au bout de huit jours après uréthrotomie interne. Sans doute, ils seront obligés de se faire dilater ultérieurement, mais cela, sans qu'ils soient obligés d'interrompre leurs occupations.

d) *Résultats obtenus*

Presque tous les malades de nos observations présentaient avant l'uréthrotomie interne les symptômes suivants : mictions douloureuses, fréquentes, impérieuses ; jet petit, mince et le plus souvent déformé en tire-bouchon lorsque la miction ne se faisait pas goutte à goutte ; obligation pour le malade, de pousser et quelquefois de s'accroupir pour uriner ; incontinence d'urine fréquente ; accès de rétention se produisant quelquefois.

En consultant les suites opératoires, voici ce que nous trouvons le plus souvent sinon toujours. Le jet est redevenu gros et normal ; le malade ne pisse plus sur ses bottes ; les mictions ne sont plus douloureuses et impérieuses ; la pollakiurie a disparu et n'oblige plus le malade à se lever quatre ou cinq fois dans la nuit ; l'incontinence d'urine a disparu. Tout cela, lisons-nous, est survenu dans les quatre ou cinq jours qui ont suivi l'opération.

Les malades nos 17 et 18 rentrent à l'hôpital pour qu'on leur fasse dans le canal des instillations au nitrate d'argent ; le

n° 17, en effet a, depuis vingt mois, un écoulement rebelle à toutes sortes de traitement et le n° 18 à une urthrite chronique qui, depuis quatre ans, ne lui a causé que des désagréments (deux orchites et un abcès de la prostate).

En les examinant on leur trouve un rétrécissement. L'uréthrite disparaît après l'uréthrotomie interne.

Enfin le malade n° 24 avait de la cystite avant de se faire opérer. Cette affection disparaît facilement grâce aux lavages réguliers faits après l'uréthrotomie interne.

Il résulte de là que l'influence salubre de l'uréthrotomie interne ne se fait pas sentir seulement sur les symptômes des rétrécissements de l'urèthre, mais aussi sur les complications qui peuvent accompagner ces rétrécissements, comme l'uréthrite chronique et la cystite.

CONCLUSIONS

1° L'uréthrotomie interne à section unique et à sections multiples est une opération simple, facile, rapide et bénigne, qui ne nécessite pas une instrumentation compliquée et avec laquelle l'anesthésie n'est pas nécessaire.

2° Les résultats immédiats obtenus sont excellents. Sur vingt-quatre malades qui font l'objet de nos observations, la guérison a toujours été obtenue au bout de peu de jours.

3° Ordinairement, la douleur a été peu vive et l'hémorragie nulle; rarement nous avons constaté de l'élévation de la température et lorsque celle-ci s'est produite elle a été due à des causes étrangères à l'opération. Jamais nous n'avons constaté de l'infection et de l'infiltration d'urine.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,
A. POUSSON.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 9 janvier 1907.

Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1837. CIVIALE. — Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires.
1853. REYBARD. — Traité pratique des rétrécissements de l'urèthre.
1867. DOLBEAU. — Leçons de clinique chirurgicale.
1872. GARNIER. — Uréthrotomie interne sans sonde à demeure (Thèse de Paris).
1876. MARTINET. — Étude clinique sur l'uréthrotomie interne (Thèse de Paris).
1879. GRÉGORY. — De la méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urèthre (Thèse de Paris).
1885. GUYON. — Maladies des voies urinaires.
1887. PERRIER. — De l'uréthrotomie interne (Thèse de Montpellier).
- 1888-89. MALGAIGNE et LEFORT. — Traité de médecine opératoire.
1890. DELEFOSSE. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Paris. (Notes sur l'uréthrotomie interne. Antiseptiques.)
- 1890-91. AZÉMA. — Indications et résultats comparés de quatre méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre.
1891. POUSSON. — *Annales génito-urinaires*, Paris. (Étude clinique sur vingt-deux opérations d'uréthrotomie interne.)
- 1894-95. CLÉMENT (Jean). — Emploi de la sonde à demeure après l'uréthrotomie interne.
1898. DESNOS. — Traité des maladies des voies urinaires.
1903. BRUNI. — Una centuria di uréthrotomie interne; rilievi clinici e tecnica et risultati lontani (Acad. méd. clin. di Napoli).
1904. POUSSON. — Précis des maladies des voies urinaires.

